



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



REABILITAÇÃO PSICOMOTORA E MOVIMENTO EXPRESSIVO

- EFEITOS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOMOTORA -

Dissertação elaborada com vista à obtenção do grau de Mestre em Reabilitação
Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Júri:

Presidente

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais

Professora Doutora Elisabete Alexandra Pinheiro Monteiro

Professora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Mestre José Henrique Amoedo de Oliveira

Ana Isabel da Silva Falcão Sales

2013

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a todas as pessoas que passaram pela Terapia pela Dança no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, e que me ajudaram a construir este programa para que outros pudessem no futuro também usufruir. Em especial, àqueles que são mais dedicados e que nunca deixaram cair este amor pela dança e tudo o que a envolve, a Manuela, a Rosário, o Amadeu e a Rosa.

A realização deste trabalho vem concretizar mais uma etapa da formação académica, mas é muito mais do que isso, é o transpor para o papel um projeto de 6 anos, de grande interesse pessoal e profissional, que tem cada vez mais se desenvolvido e dados os seus frutos.

Agradeço em primeiro lugar à Prof^a Doutora Ana Paula Lebre pela orientação de trabalho, de todo o esforço, empenho e gosto por este projeto, acreditando na sua concretização e desenvolvimento. A sua orientação foi uma constante aprendizagem de uma imensa transmissão de conhecimentos e saberes, existindo sempre um papel de apoio, motivação, e de compreensão.

Agradeço à minha mãe, Maria Fernanda que me ajudou na análise dos textos, ao meu irmão Paulo, pelas ajudas nas áreas informáticas, à minha cunhada Alexandra pela força nos momentos mais stressantes, e ao meu marido António, por todo o apoio, compreensão e disponibilidade nos momentos difíceis.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE GERAL.....	3
ÍNDICE DE FIGURAS.....	4
ÍNDICE DE TABELAS.....	4
ANEXOS.....	6
ABREVIATURAS.....	7
RESUMO GERAL.....	8
ARTIGO 1: REABILITAÇÃO PSICOMOTORA E MOVIMENTO EXPRESSIVO - REVISÃO DE LITERATURA -.....	10
INTRODUÇÃO.....	12
REVISÃO DE LITERATURA.....	13
1. O modelo Conceptual de Deficiência / Incapacidade.....	13
2. Deficiências Motoras – Principais Patologias e seu Processo Reabilitativo.....	16
2.1 Acidente Vascular Cerebral.....	17
2.2 Lesão Medular.....	20
2.3 Esclerose Múltipla.....	26
3. A Pessoa com Deficiência Motora, seu Impacto e a Reabilitação.....	29
4. Intervenção Psicomotora e Dançaterapia.....	31
5. Impacto da Dançaterapia em Pessoas com Patologia Neurológica.....	34
6. Terapias Expressivas e Reabilitação: Um modelo de trabalho no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA).....	38
CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	40
ARTIGO 2: EFEITOS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOMOTORA UTILIZANDO METODOLOGIAS LIGADAS À DANÇATERAPIA E MOVIMENTO EXPRESSIVO EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA.....	52
INTRODUÇÃO.....	54
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	55
1. O Processo de Reabilitação.....	55
2. Funcionalidade, Autoconceito e Bem-Estar.....	56
3. Psicomotricidade e Terapias Expressivas.....	58
OBJETIVOS DO ESTUDO.....	61
1. Participantes.....	61
2. Instrumentos de avaliação.....	63
3. Procedimentos.....	65
4. Programa de Intervenção Psicomotora.....	66
5. Tratamento Estatístico.....	69

APRESENTAÇÃO DE DADOS	70
1. Caracterização dos Participantes	70
2. Resultados	75
DISCUSSÃO	82
CONCLUSÃO	88
RECOMENDAÇÕES.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS	98

ÍNDICE DE FIGURAS

ARTIGO 1

Figuras 1 - Esquema da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	15
Figura 2 – Comprometimento muscular consoante o nível da lesão ¹	21
Figura 3 – Órgãos e sistemas afetados de acordo com o local da lesão ²	21
Figuras 4 – Modelo de Trabalho de Terapias Expressivas e Reabilitação	39

ÍNDICE DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 – Alterações mais frequentes na pessoa com AVC e suas manifestações	18
Tabela 2 – Escalas utilizadas para a avaliação do funcionamento humano nas várias dimensões na pessoa com deficiência/incapacidade.	30
Tabela 3 – Estudos relacionados com dança e seus efeitos.....	36

ARTIGO 2

Tabela 1 - WHODAS	63
Tabela 2 – Autoconceito (ICAC).....	64
Tabela 3 – Satisfação com a vida (SWLS).....	65
Tabela 4 – Distribuição dos participantes em função do género	70
Tabela 5 – Distribuição dos participantes em função da idade	71
Tabela 6 – Distribuição dos participantes em função do estado matrimonial	71

Tabela 7 – Distribuição dos participantes em função das habilitações académicas.....	72
Tabela 8 – Atividade física anterior.....	72
Tabela 9 – Distribuição dos participantes em função da situação profissional.....	72
Tabela 10 – Distribuição dos participantes em função do diagnóstico.....	73
Tabela 11 – Distribuição dos participantes em função do início da incapacidade motora.....	73
Tabela 12 – Distribuição dos sujeitos em função da data de admissão.....	74
Tabela 13 – Distribuição dos sujeitos em função do mês em que aconteceu a alta.....	74
Tabela 14 – Médias de dias de internamento.....	74
Tabela 15 – Início do programa de intervenção.....	74
Tabela 16 – Fim do programa de intervenção.....	75
Tabela 17 – Número de sessões do programa de intervenção.....	75
Tabela 18 – Autoconceito no início do programa: GC e GE.....	75
Tabela 19 – Evolução do Autoconceito.....	76
Tabela 20 – Autoconceito no 2º momento de avaliação: GC e GE.....	76
Tabela 21 – Limitações nas atividades no início do programa: GC e GE.....	77
Tabela 22 – Evolução das limitações nas atividades.....	77
Tabela 23 – Limitações nas atividades no 2º momento de avaliação: GC e GE.....	78
Tabela 24 – Satisfação com a vida no início do programa: GC versus GE.....	78
Tabela 25 – Evolução dos níveis de Satisfação com a vida.....	78
Tabela 26 – Satisfação com a vida no final do programa de intervenção: GC e GE.....	79
Tabela 27 – Como se sentiu durante as sessões.....	79
Tabela 28 – Como se sentiu com este grupo.....	80
Tabela 29 – Aspetos positivos das sessões.....	80
Tabela 30 – Que benefícios teve este programa para si?.....	81
Tabela 31 – Acha que as sessões contribuíram para o seu bem-estar?.....	81
Tabela 32 – Gostava que algo tivesse sido diferente?.....	81
Tabela 33 – Se pudesse, gostaria de continuar a frequentar estas sessões depois da alta? Porquê?.....	82

ANEXOS

ANEXO 1 – WHODAS

ANEXO 2 – ICAC

ANEXO 3 – SWLS

ANEXO 4 – Consentimento Informado

ANEXO 5 – Avaliação Qualitativa das Sessões

Anexo 6 – Resumo das Características do Estudo

Anexo 7 – Caracterização da Amostra

ABREVIATURAS

De modo a facilitar a leitura do texto, as abreviaturas utilizadas são descritas abaixo:

ADTA – American Dance Therapy Association

APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

ANEM – Associação Nacional de Esclerose Múltipla

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CMRA – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

EFP – European Forum of Psychomotricity

EM – Esclerose Múltipla

GSEAR – Gabinete de Estado Adjunta e de Reabilitação

ICAC – Inventário Clínico do Autoconceito

IPD – Integração das Pessoas com Deficiência

LM – Lesão Medular

NSCIA – National Spinal Cord Injury Association

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SIGAH – Sistema de Informação de Gestão e Administração Hospitalar

SNR – Secretário Nacional para a Reabilitação

SWLS – Satisfaction With Life Scale

UEMS - Union Européenne des Médecins Spécialistes

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

WHO – World Health Organization

RESUMO GERAL

A presente dissertação está organizada em dois artigos. O primeiro artigo demonstra-se como a intervenção psicomotora pode estar presente no processo de reabilitação de pessoas com deficiência motora, intervindo na melhoria da funcionalidade, autoconceito, e satisfação com a vida. Mediante uma revisão de literatura, explora-se os modelos de intervenção adotados nestas situações, com especial destaque para psicomotricidade e dançaterapia, propondo-se um modelo de trabalho de intervenção, que interligue metodologias ligadas à reabilitação, psicomotricidade e dançaterapia. No segundo artigo descreve-se a implementação de um programa de intervenção psicomotora, aplicando metodologias ligadas à dançaterapia e ao movimento expressivo, de forma a identificar os seus efeitos ao nível da funcionalidade, autoconceito e bem-estar, num grupo de utentes com deficiência motora em reabilitação. Os instrumentos de avaliação utilizados foram a World Health Organization Quality of Life 2.0 (WHODAS), o Inventário Clínico do Autoconceito (ICAC), a Satisfaction With Life Scale (SWLS), e um questionário de avaliação qualitativa do programa de intervenção. Como resultados, obteve-se que o grupo de utentes que frequentou o programa de intervenção apresentou melhores índices de funcionalidade, autoconceito e bem-estar, comparativamente aos utentes que não frequentaram o programa.

Palavras-Chave – Programa de Intervenção; Psicomotricidade; Movimento Expressivo; Dançaterapia; Deficiência Motora; Funcionalidade; Autoconceito; Bem-estar; Reabilitação; Satisfação com a vida.

GENERAL ABSTRACT

This dissertation is organized into two articles. The first article showed how the psychomotor intervention may be present in the process of rehabilitation of people with motor disabilities, intervening to improve the functionality, self-concept, and life satisfaction. Through a literature review, explores the intervention models adopted in these situations, with particular emphasis on psychomotricity and dance movement therapy, proposing a working model of intervention that connects rehabilitation, psychomotricity and dance movement therapy methodologies. In the second article describes the implementation of an intervention program psychomotor applying methodologies related to dance movement therapy and expressive movement, in order to identify their effects on functionality, self-concept and well-being in a group of people with motor disabilities in rehabilitation. The assessment instruments used were the

World Health Organization Quality of Life 2.0 (WHODAS), the Self-Concept Clinical Inventory (ICAC), the Satisfaction With Life Scale (SWLS), and a questionnaire of qualitative evaluation of the intervention program. As a result, it was found that the group of users who attended the intervention program showed better rates of functionality, self-concept and well-being, compared to users who did not attend the program.

Key-Words: Intervention Program; Psychomotricity; Expressive Movement; Dance Movement Therapy; Motor Disabilities; Functionality; Self-Concept; Well-Being; Rehabilitation; Satisfaction With Life.

ARTIGO 1: REABILITAÇÃO PSICOMOTORA E MOVIMENTO EXPRESSIVO - REVISÃO DE LITERATURA -

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo principal refletir como a Intervenção Psicomotora pode estar presente no processo de reabilitação de pessoas com deficiência motora, intervindo na melhoria da funcionalidade, autoconceito, satisfação e qualidade de vida. Procurar-se-á compreender o conceito de deficiência e incapacidade mediante uma revisão da literatura, explorando os modelos de intervenção de reabilitação adotados nestas situações, com especial destaque para a psicomotricidade e à dançaterapia. Por fim, apresenta-se um modelo de trabalho de intervenção psicomotora aplicando metodologias ligadas à dançaterapia e movimento expressivo que é desenvolvido no Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão, descrevendo a sua relação com a reabilitação e a intervenção psicomotora.

Palavras-Chave:

Psicomotricidade; Intervenção Psicomotora; Deficiência Motora; Incapacidade; Dançaterapia; Reabilitação; Autoconceito; Satisfação com a Vida; Funcionalidade; Qualidade de vida;

ABSTRACT

This work has as main objective to reflect the Psychomotor Intervention may be present in the process of rehabilitation of people with motor disabilities, to improve functionality, self-concept, satisfaction and quality of life. Search will understand the concept of disability and impairment through a literature review, exploring models of rehabilitation intervention adopted in these situations, with a particular emphasis on psychomotor intervention and dance movement therapy. Finally, it presents a working model of a program of psychomotor intervention applying methodologies of dance movement therapy and expressive movement that is developed at the Rehabilitation Centre of Alcoitão, describing his relationship with psychomotor intervention and rehabilitation.

Key-words

Psychomotricity; Psychomotor Intervention; Motor Disabilities; Impairment; Expressive Movement; Dance Movement Therapy; Rehabilitation; Self-concept; Satisfaction with Life; Functionality; Quality of life.

INTRODUÇÃO

Segundo o Relatório Mundial sobre a deficiência, existem mais de um bilhão de pessoas com deficiência no mundo, entre os quais cerca de duzentos milhões experimentam dificuldades funcionais significativas (WHO, 2011). No Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão só no ano de 2012 foram admitidas cerca de 914 pessoas oriundas de todo o país, com patologias neurológicas diversas entre quais acidentes vasculares cerebrais, traumatismos cranianos, lesões medulares, e doenças neuromusculares (SIGAH, 2013).

A Reabilitação proporciona a possibilidade de reduzir a sobrecarga decorrente da incapacidade, tanto para o indivíduo como para a sociedade, sendo eficiente na potenciação da funcionalidade e independência do indivíduo, ao proporcionar um melhor nível de atividade, melhor saúde e redução das complicações decorrentes da deficiência (UEMS, 2009). O processo de reabilitação visa conduzir a pessoa com deficiência na sua recuperação física e psicológica tendo em vista a sua reintegração social (Ministério da Saúde, 2005) devendo conter programas com atividades diversificadas que abranjam diversos campos complementares da saúde.

A Terapia Psicomotora desenvolve atividades de movimento expressivo, podendo traduzir-se em benefícios adicionais para a pessoa que está neste processo de reabilitação, permitindo ganhos adicionais em saúde. As terapias ligadas ao movimento expressivo são uma das metodologias utilizadas em psicomotricidade, assemelhando-se à psicoterapia de dança movimento (Emck & Bosscher, 2010). Os programas ligados à dançaterapia têm um potencial impacto junto das pessoas com ou sem patologia neurológica, havendo evidências da sua eficácia, quando inseridos num programa de tratamento como terapia complementar (Langhorst et al., 2012).

Deste modo, é proposto um modelo de trabalho de intervenção psicomotora utilizando metodologias ligadas à dançaterapia e movimento expressivo, por forma a identificar o impacto deste tipo de intervenção num conjunto de pessoas com deficiência motora em processo de reabilitação. Estando os ganhos empíricos não documentados, torna-se prioritário existir estudos que avaliem a eficácia destes programas nas várias dimensões do funcionamento humano, nas pessoas com deficiência/incapacidade.

REVISÃO DE LITERATURA

1. O modelo Conceptual de Deficiência / Incapacidade

Face à população em alvo a que se dirige esta investigação, torna-se prioritário definir o conceito de deficiência e incapacidade, por forma a descrever claramente sobre que população se está a pesquisar. É de acordo com este conceito, que poderemos adotar uma linguagem unificada e comparativa, para posteriormente explorar as suas características. O conceito de pessoa com deficiência tem sofrido várias alterações ao longo do tempo. Constata-se posições contraditórias face aos termos, bem como, face aos modelos de compreensão relativos à pessoa com deficiência e ou à incapacidade a considerar. Enquanto alguns autores defendem a sua clareza, outros tentam reformular definições e modelos compreensivos, tendo como base a crítica dos existentes (Lebre, 2008).

A noção de deficiência e suas vivências atravessaram caminhos de crenças e superstições, de teorias pseudocientíficas, dos quais algumas atitudes e atos discriminatórios ainda perduram na atualidade (GSEAR, SNR, & IPD, 2006). Diferentes países têm levado a cabo um intenso e alargado movimento social, onde diversas iniciativas de organizações internacionais se empenham em favor da pessoa com deficiência e dos seus direitos, bem como, ao desenvolvimento de uma crescente consciência social e responsabilidade política, e ainda da progressiva participação destas pessoas nestas ações que em muito têm contribuído para mudanças significativas que se processaram nos últimos tempos (GSEAR, et al., 2006).

O conceito e terminologia socialmente aceite, é de extrema importância na medida em que afeta a forma como as deficiências, ou incapacidades, são percebidas pelos próprios indivíduos, família, colegas e sociedade em geral (WHO, 1999). Genericamente pode-se considerar que a explicação e a identificação de situações de deficiência e incapacidade têm sido analisados segundo dois modelos, nomeadamente designado “modelo médico” e o “modelo social” (GSEAR, et al., 2006).

No modelo médico a deficiência é vista como um problema da pessoa numa perspetiva estritamente individual, como uma sequela da doença, que necessita de uma ação que se circunscreve à área médica, seja ao nível da prevenção, seja ao nível do tratamento e reabilitação (GSEAR, et al., 2006).

O modelo social, enfatizando o papel do meio ambiente no processo que conduz à incapacidade por via das barreiras (materiais e imateriais) existentes (OMS, 2004), considera que a incapacidade surge devido a um conjunto diverso de condições, na maioria das vezes criados pelo ambiente social, não sendo inerente à pessoa. Está patente neste modelo a valorização da responsabilidade coletiva no respeito pelos direitos humanos e na construção de uma “sociedade para todos” (GSEAR, et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem tido papel decisivo na consolidação e operacionalização de um novo quadro conceptual da funcionalidade e da incapacidade humana, propondo um novo modelo – Biopsicossocial (GSEAR, et al., 2006; OMS, 2004). Este foi considerado como aquele que mais coerentemente explica a incapacidade, que passa a ser vista como a interação de fatores pessoais tais como idade, género e identidade cultural, fatores relacionados com o contexto social em que a pessoa vive e respetivos estilos de vida (Fougeyrollas et al., 1998).

A própria Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi proposta segundo este modelo, introduzindo assim uma mudança do paradigma do “modelo médico” para o modelo biopsicossocial, integrando a funcionalidade e incapacidade numa visão coerente das diferentes perspetivas de saúde: biológica, individual e social (OMS, 2004). Importa referir o modelo de classificação da CIF, pois este tem múltiplas finalidades, beneficiando várias disciplinas e áreas, sendo vantajoso por proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, e uma estrutura para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde (OMS, 2004).

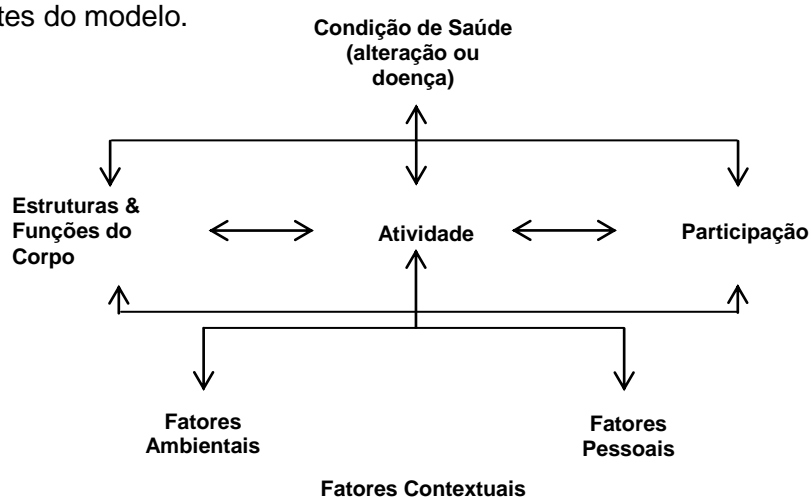
Segundo este modelo a incapacidade é entendida como a diferença entre as capacidades do indivíduo e os esforços comuns efetuados em determinada atividade, tendo em consideração fatores do envolvimento, as competências psicológicas e os suportes externos dos indivíduos (OMS, 2004). A incapacidade (*disability*) reporta-se à disfunção no conjunto dos seus diferentes níveis: deficiências, limitações na atividade e restrições de participação (GSEAR, et al., 2006). Deste modo, o termo *incapacidade* tem um novo significado, correspondendo a uma noção mais complexa e abrangente que engloba os diferentes níveis de limitações funcionais relacionados com a pessoa e o seu meio ambiente, deixando de se reportar apenas às limitações da pessoa resultantes de uma deficiência (OMS, 2004).

Para a conceptualização deste modelo a perspetiva ecológica é de extrema importância, na medida em que a incapacidade resulta das múltiplas interações entre

a deficiência, as limitações à atividade e as restrições à participação num determinado contexto social ou físico, rejeitando-se as explicações anteriores lineares de causa-efeito (Lebre, 2008).

Os domínios contidos na CIF são considerados como *domínios da saúde* assim como *relacionados com a saúde*. Estes domínios estão descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade defendendo as seguintes componentes: funções e estrutura do corpo; atividades e participação; fatores pessoais; e informação adicional dos fatores ambientais (OMS, 2004).

O primeiro grupo descreve as funções e as estruturas do corpo onde se avaliam mudanças e lesões, enquanto o domínio das atividades e participação se centra na avaliação da capacidade e desempenho dos indivíduos. Os fatores ambientais são considerados como o conjunto de fatores do envolvimento atuando como facilitadores ou barreiras. Os fatores pessoais incluem as áreas sociais, demográficas, políticas, fisiológicas (entre outros) que, afetando o estado de saúde e incapacidade, podem contribuir para a presença de condições ou incapacidades secundárias, pois estes resultam da interação da patologia com as circunstâncias do envolvimento. Na figura 1 está representado o esquema que ilustra a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, onde representa as interações entre as várias componentes do modelo.



Figuras 1 - Esquema da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A funcionalidade diz respeito a todas as funções do corpo, atividades e participação. A incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. Neste sentido, na CIF, funcionalidade e incapacidade são vistas com uma interação complexa entre a condição de saúde da pessoa, os fatores do contexto ambiental e os fatores pessoais (OMS, 2004).

Deste modo, segundo a CIF (OMS, 2004, p. 49) as deficiências são “problemas nas funções ou na estrutura do corpo, tais como um desvio importante ou uma perda”. Assim, existe uma alteração das funções do corpo (que são “funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo funções psicológicas”), podendo ter várias magnitudes: deficiência ligeira que se encontra entre 5 a 24%; deficiências moderadas entre 25 a 49%, etc. As percentagens devem ser calibradas em diferentes áreas tendo como referência os valores standart da população como percentis (OMS, 2004, p. 49).

A pessoa com deficiência motora é aquela, que segundo o modelo da CIF, apresenta alterações nas funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento e mobilidade, estando igualmente incluídas as funções das articulações, dos ossos, reflexos e músculos (OMS, 2004, p. 86).

Segundo Macedo (2008) a deficiência motora consiste numa perda de capacidades, que afeta diretamente a postura e/ou movimento, devido a uma lesão congénita ou adquirida nas estruturas reguladoras do movimento do sistema nervoso, podendo acarretar comprometimento da função física e neurológica.

A deficiência motora pode apresentar um conjunto quadros neuromotores: paraplegia (paralisia total da metade inferior do corpo), paraparésia (perda parcial das funções dos membros inferiores); tetraparésia (paralisia parcial dos quatros membros), tetraplegia (paralisia total dos quatros membros); hemiplegia (perda total das funções motoras do hemicorpo, esquerdo ou direito); hemiparesia (perda parcial de um dos hemicorpos); monoplegia (perda total das funções motoras de um membro); e monoparésia (perda parcial das funções motoras de um membro) (Macedo, 2008).

As causas podem ser variadas destacando-se: os acidentes vasculares cerebrais; a esclerose múltipla; a doença de Parkinson; os traumatismos crânio-encefálicos; as lesões vertebro-medulares; síndrome de Guillain-Barré; paralisias cerebrais, entre outras (Hoeman, 1996). Estas patologias consistem nas doenças mais frequentes no CMRA (SIGAH, 2013), pelo que se irá descrever algumas delas.

2. Deficiências Motoras – Principais Patologias e seu Processo Rehabilitativo

Irá descrever-se neste capítulo a fisiopatologia, as manifestações clínicas, os impactos a nível físico, psicossocial e ambiental, bem como a forma como se desenvolve o processo de reabilitação, das patologias que a seguir se seguem: acidente vascular

cerebral; lesão medular; e esclerose múltipla. Segundos dados estatísticos do CMRA (SIGAH, 2013) foram internadas neste centro cerca de 914 pessoas no ano de 2012, com as seguintes percentagens de diagnósticos clínicos: 40% por acidentes vasculares cerebrais (AVC); 16,5% por lesões medulares (LM); 6,23 por traumatismos crânio-encefálicos (TCE); 1,75% por Esclerose Múltipla (EM); e 18,05% por outro tipo de patologias como doenças neuromusculares (como síndrome de Guillian Barré, Ataxias de Friedreich, Mielopatias), amputações, fraturas e tumores. Dado que o AVC, o LM e a EM, são as doenças mais frequentes na população alvo desta investigação, optou-se por explorar estas patologias nesta revisão de literatura.

2.1 Acidente Vascular Cerebral

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um síndrome neurológico complexo que envolve uma interrupção súbita do funcionamento cerebral decorrente da circulação cerebral ou de hemorragia (Muir, 2009). Cerca de 85-90% dos AVC's são isquémicos (resultam da oclusão de uma artéria), e 10-15% resultam de uma hemorragia intracerebral denominando-se AVC hemorrágico (Muir, 2009). Os fatores de risco são classificados em duas categorias, fatores de risco modificáveis e não modificáveis (Phipps, Long, Woods, & Cassmeyer, 2003). Dos primeiros fazem parte a idade, o género, a raça, os fatores genéticos, a existência de patologias cardíacas (fibrilhação auricular e cardiopatias) bem como e a ocorrência anteriormente de um Acidente Isquémico Transitório, que consiste num episódio breve de défice neurológico que faz remissão sem deixar efeitos residuais (Phipps, et al., 2003, p. 1904). Nos modificáveis incluem-se a hipertensão arterial, o tabagismo, a diabetes mellitus, o alcoolismo, a dislipidémia, a obesidade, os contraceptivos orais, o sedentarismo e o stress (Phipps, et al., 2003).

Em termos epidemiológicos calcula-se que em Portugal, seis pessoas por cada hora sofrem um AVC, e que duas a três morrem em consequência desta doença, sendo desde modo a primeira causa de morte em Portugal (Sá, 2009, p. 14). No AVC, ocorre uma disfunção neurológica que pode provocar alterações nos processos de integração sensorial, de controlo motor e cognitivo/perceptivo, estando demonstrado que é igualmente a principal causa de dependência e de incapacidade (Sá, 2009).

As manifestações clínicas variam com área e a extensão do cérebro afetado pela lesão (Schafer, Oliveira-Menegotto, & Tisser, 2010). De entre os sinais e os sintomas mais frequentes destacam-se a diminuição da força muscular, a perda de equilíbrio, as

alterações da fala (afasia, apraxia, disartria), as alterações de consciência, e as alterações na visão (diplopia, vertigem e hemianopsia parcial ou completa) (Phipps, et al., 2003). No quadro abaixo encontra-se um resumo das alterações mais frequentes na pessoa com AVC na fase pós aguda (Phipps, et al., 2003; Padilha, 2001).

Tabela 1 – Alterações mais frequentes na pessoa com AVC e suas manifestações

Nível das alterações	Manifestações
Motoras	Hemiplegia ou hemiparesia de um dos lados do corpo; alterações posturais (como desvios da linha média da cabeça e tronco); alterações do tônus muscular (na primeira fase hipotonia, e posteriormente hipertonia podendo surgir espasticidade).
Sensitivas	Alteração na sensibilidade superficial e profunda, podendo existir a alteração da sensibilidade proprioceptiva.
Sensoriais	Hemianópsia, amaurose, diplopia.
Comunicação	Alterações da linguagem: Afasia (Broca ou Wernicke); alterações da fala: apraxia, disartria e disfagia,
Cognitivas e Emocionais	Dificuldades na aprendizagem, alterações de memória, desorientação, ansiedade, labilidade emocional, confusão, depressão, apraxias e agnosias.
Vesicais e Intestinais	Incontinência de esfíncteres

Realçando as consequências psicológicas que um AVC pode provocar, destacam-se a ansiedade, a depressão, os distúrbios de sono, e a função sexual, influenciando negativamente a motivação da pessoa para as atividades terapêuticas, afetando assim o processo de reabilitação da pessoa (Hoeman, 2000).

Com efeito, constata-se que metade dos doentes que sofreram AVC apresenta depressão, e que esta aumenta com o tempo. A depressão e as perturbações da comunicação e da linguagem aumentam a probabilidade de alterações cognitivas, influenciando deste modo várias dimensões da qualidade de vida como o bem-estar, a autoestima, e a independência funcional (Sá, 2009). Segundo Fortes & Néri *in* Sá (2009), a pessoa que sofreu AVC vivencia este episódio inesperado com altos níveis de *stress*, representando uma ameaça ao seu controlo pessoal, que se reflete numa experiência que exige um grande esforço adaptativo.

Alguns estudos afirmam que a qualidade de vida percebida e o bem-estar subjetivo são comprometidos após um AVC (Hopman & Verner, 2003). Quando as incapacidades residuais do AVC restringem aspetos relevantes da identidade pessoal e da autodefinição, afetando as atividades que o indivíduo considera importantes para

a sua identidade pessoal, existe um decréscimo de bem-estar, sentindo-se o indivíduo insatisfeito consigo próprio e desapontado com o que lhe aconteceu (Clarke, 2003).

De acordo com outros estudos, as pessoas que sofreram AVC relataram um sentido negativo de si próprio, sugerindo que o AVC teve um impacto no seu autoconceito (Ellis-Hill & Horn, 2000; Guzman et al., 2012). A perda da capacidade funcional da pessoa com AVC influencia a forma como a pessoa se vê a si própria. Contudo, o enfoque das limitações das funções corporais para as funções sociais permite que pessoa se veja de forma mais positiva, contribuindo para um melhor autoconceito (Guzman, et al., 2012). A adaptação e o confronto de uma determinada situação dependem em parte de um autojulgamento positivo que incluem o ser capaz de se relacionar com as outras pessoas, acreditar nas suas capacidades reconhecendo ao mesmo tempo as suas próprias limitações, por forma a conviver da melhor forma com elas (Clarke, 2003).

Uma vez estabilizada a situação clínica do utente, a pessoa com AVC necessita de uma equipa multidisciplinar de modo a recuperar/reabilitar as capacidades perdidas devidas à lesão, e potenciar aquelas que não estão alteradas. O tratamento implementado deve ter em conta a fase de desenvolvimento da doença, o tipo de AVC, o grau de extensão da lesão bem como as condições clínicas da pessoa (Phipps, et al., 2003).

A terapêutica deve atuar conforme as necessidades do doente evitando e prevenindo riscos e complicações (Phipps, et al., 2003). A equipa multidisciplinar de médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta da fala, assistente social, psicólogo, dietista, irão ao longo de um processo longo e lento, possibilitar a aprendizagem da utilização das capacidades que restam, ou que podem ser reaprendidas, e fazer ajustamentos às limitações, restabelecendo o mais possível a sua função (Phipps, et al., 2003). Torna-se assim um objetivo primordial no processo de reabilitação da pessoa com AVC promover a máxima independência da pessoa, adaptando o meio onde vive, no sentido à sua reintegração na sociedade.

Segundo os autores Smith, Borchelt, Maier, & Jopp (2002), as diferentes condições de vida associadas às incapacidades tendem a alterar o potencial do indivíduo para manter um senso positivo de bem-estar subjetivo. Deste modo, é necessário que na equipa de reabilitação multidimensional, estejam presentes várias áreas complementares, de forma a atuar na pessoa como um Todo, influenciando assim as suas condições de vida, os seus fatores contextuais bem como os seus fatores

peçoais. Integrado neste processo podem estar incluídas terapias psicomotoras ou de movimento expressivo, que nos últimos anos foram alvo de investigação, tendo tido resultados positivos na reabilitação da pessoa com AVC ao nível do bem-estar subjetivo e funcionalidade.

2.2 Lesão Medular

As Lesões Vértebro Medulares (LVM), com comprometimento irreversível da medula espinhal, são situações que podem alterar drasticamente a vida do indivíduo, originando consequências a vários níveis da pessoa lesada, à sua família e à sociedade (Campos et al., 2008). As lesões medulares consistem em doenças ou traumas que ocorrem a nível da coluna vertebral e que afetam a medula espinhal, e que por sua vez podem resultar em alterações a nível das funções motoras, sensitivas e autónomas na pessoa (Bampi, 2007).

A medula espinal é o principal condutor para onde são enviadas informações sensitivas e motoras entre o cérebro e o corpo, mas também é um centro regulador que controla importantes funções como a respiração, a circulação, a bexiga, os intestinos, o controle térmico e a atividade sexual. Deste modo, quando há este tipo de lesão há um comprometimento da comunicação (total ou parcial) entre o cérebro e alguns músculos e nervos do corpo, podendo implicar a perda de movimentos voluntários e/ou sensibilidade (táctil, dolorosa e profunda) ao nível dos membros superiores e inferiores, e alterações no funcionamento de diversos sistemas do organismo (Phipps, et al., 2003; OE, 2009).

Estas lesões dividem-se em duas categorias etiológicas: traumáticas e não traumáticas. As lesões traumáticas são decorrentes de fraturas, luxações ou ferimentos, podendo ser causados por acidentes de viação, quedas, atos de violência, acidentes desportivos, e outras causas. As lesões não traumáticas decorrem de neoplasias, infeções, alterações vasculares e degenerativas, e malformações medulares (Phipps, et al., 2003).

A lesão medular resulta de alterações das funções motoras, sensitivas e autonómicas nos segmentos situados abaixo do nível da lesão. O quadro clínico depende da fase de evolução da lesão (aguda, subaguda, ou crónica), da sua localização (segmento cervical, dorsal, lombar ou sagrado) e ainda do tipo de lesão (completa ou incompleta) (Faria, 2006).

O termo de lesão completa diz respeito à perda de todos os movimentos voluntários e sensibilidade abaixo do nível da lesão, e lesão incompleta envolve o seccionamento ou lesão parcial de uma determinada zona da medula espinhal (Phipps, et al., 2003). De acordo com a lesão e as partes do corpo que estão afetadas, assim é estabelecida uma classificação em termos do quadro neuromotor: tetraplegia consiste numa lesão da medula ao nível da região cervical com perda de força muscular nos quatro membros; e paraplegia consiste numa lesão que ocorre tanto a nível torácico, lombar ou sacral. Na figura 2 está representado o comprometimento muscular consoante o nível da lesão, e na figura 3 estão representados os órgãos e sistemas alterados de acordo com o local da lesão.

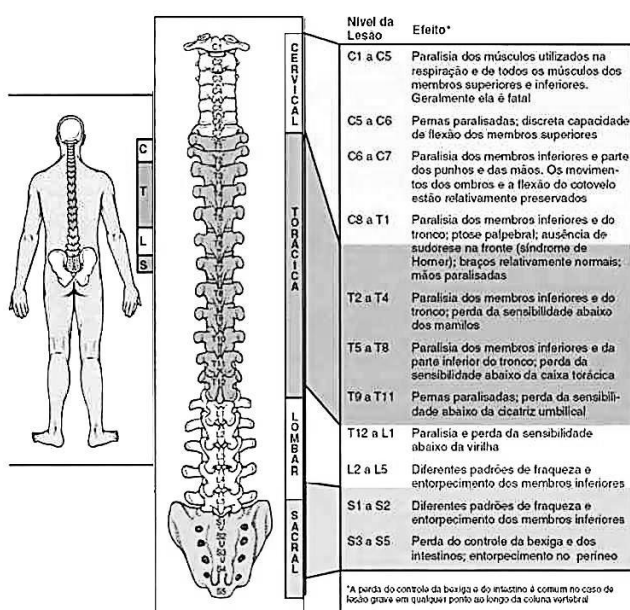


Figura 2 – Comprometimento muscular consoante o nível da lesão¹

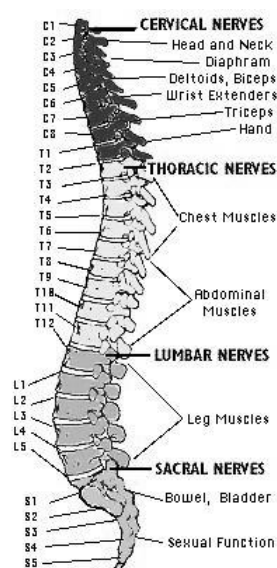


Figura 3 – Órgãos e sistemas afetados de acordo com o local da lesão²

Para além da perda de sensibilidade e função motora, as pessoas com lesão medular podem adquirir problemas de saúde secundários que estão relacionados com o controle intestinal e vesical, funcionamento sexual, problemas de respiração, incapacidade de regulação da tensão arterial, redução do controlo da temperatura corporal e dor (NSCIA, 2011).

¹ Retirado em: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/corpo-humano-sistema-nervoso/medula-espinhal4.php>

² Retirado em: <http://spinalinjury.net/>

Nas lesões cervicais a respiração pode estar comprometida, especialmente nos casos de lesão acima de C4, devido à paralisia dos músculos do tronco responsáveis pela respiração (Keleher, Dixon, Holliman, & Vodde, 2003). Contudo, mesmo nas lesões da medula mais baixas, existe maior probabilidade de problemas respiratórios, uma vez que há geralmente uma maior tendência para a imobilização, o que pode resultar num comprometimento da capacidade respiratória total (Phipps, et al., 2003; OE, 2009).

A regulação do funcionamento do sistema cardiovascular e temperatura do corpo constituem outro aspeto importante, uma vez que quanto mais alta for a lesão mais complicações podem surgir. Constituem cuidados de prevenção de futuras complicações a monitorização das frequências cardíacas e tensão arterial, o controlo e monitorização das respostas do sistema nervoso autónomo (suor, calor, e rubor na pele) e a mobilização de todas as partes do corpo (OE, 2009).

Muitas pessoas com lesão medular perdem o controlo e funcionamento intestinal e bexiga, sendo um problema de grande impacto negativo para a pessoa e seus cuidadores. A incontinência é citada como o problema mais difícil impedindo, em muitos casos, a inserção da pessoa em casa (Keleher, et al., 2003). Uma das complicações possíveis que podem surgir no indivíduo é a disreflexia autónoma que consiste numa serie de sintomas (hipertensão, bradicardia, sudorese, e cefaleias) que levam a uma disfunção sistémica, tendo o individuo de ser imediatamente tratado. Esta condição pode dever-se a uma distensão vesical, à distensão da ampola retal, a uma úlcera de pressão, à roupa/calçado apertado, a uma unha encravada, ou qualquer estímulo abaixo do nível da lesão (Phipps, et al., 2003; OE, 2009).

A manutenção da pele constitui um cuidado importante nas lesões medulares. As úlceras de pressão são complicações muito frequentes nestes doentes, sendo extremamente difíceis de curar (OE, 2009). Podem ser causadas por úlceras de decúbito, zonas de pressão excessivas, e queimaduras, devido à imobilidade e perda de sensibilidade nas regiões do corpo que estão afetadas. Para além destes fatores, também se incluem os défices sensoriais, défices nutricionais, infeções e envelhecimento (Zejdlik *in* Keleher, et al., 2003).

As disfunções sexuais como resultado das lesões medulares podem ser devastadoras para a pessoa com lesão, desencadeando ansiedade e depressão por esta limitação (Keleher, et al., 2003). Os homens experienciam mais disfunções resultantes da lesão pois podem perder a capacidade de ereção, ejaculação e fertilidade. A mulher pode ter alterações no momento do orgasmo devido à perda de sensibilidade nas áreas

erógenas, no entanto, a maioria das mulheres mantém a capacidade de engravidar (Phipps, et al., 2003). A pessoa com LVM necessita de auxílio na aprendizagem dos efeitos dessa lesão no funcionamento sexual tendo a equipa profissional um papel importante na promoção do diálogo e na resolução destes problemas durante o processo de reabilitação (Keleher, et al., 2003).

O impacto em termos psicossociais da lesão medular é complexo, pois ocorrem muitas alterações no funcionamento e estilo de vida da pessoa. O nível da lesão determina a funcionalidade nas atividades de vida diária (Keleher, et al., 2003). Na fase inicial, a prioridade é manter a estabilidade hemodinâmica e eliminar a ameaça de morte. Após ser constituída a estabilidade hemodinâmica, a pessoa lesada entra numa fase de negação, podendo ter dor física, impedindo estes fatores de compreender os aspetos físicos e sociais (Keleher, et al., 2003).

Segundo Keleher et al. (2003) a dependência física de terceira pessoa para as atividades de vida, origina um sentimento de angústia devido à falta de controlo pessoal e falta de privacidade em relação ao seu corpo e ambiente. De acordo com Associação de Lesão Medular Americana (NSCIA, 2011) as emoções mais frequentes que ocorrem são o pânico, a raiva, a tristeza, e culpa, devido às limitações e incapacidade de voltar à situação antes da lesão. Com o conjunto destes estados, é comum que o indivíduo com lesão fique irritado e frustrado, levando a sentimentos de raiva que frequentemente originam ataques verbais e físicos às pessoas que estão em seu redor (NSCIA, 2011).

Hayes et al. *in* Keleher et al. (2003) reforça que a tristeza é muito comum na lesão, uma vez que a pessoa experimentou uma grande perda pessoal, sendo a depressão algo muito frequente, sobretudo no início do processo de reabilitação, devido à perda da vida passada e do futuro imaginado que nunca acontecerá. Segundo um estudo realizado por Shin, Goo, Yu, Kim, & Yoon (2012) que avaliou pessoas com LM após seis meses da lesão, verificou que estes apresentaram maior taxa de depressão e de nível geral de depressão, tendo afetado a qualidade de vida e aumentado o stress dos indivíduos.

Segundo Murta & Guimarães (2007) as características individuais de cada um, como a idade, o género, o nível de instrução, e as características da personalidade, influenciam a adaptação do sujeito à sua nova condição de saúde. No caso da idade, é mais fácil uma pessoa com incapacidade desde criança desenvolver estratégias para lidar com incapacidade, aprendendo desde criança a lidar com o seu corpo e com

o meio externo já com as limitações físicas, do que um adulto sofrer uma lesão tardia e precisar de desenvolver novos mecanismos para realizar as atividades (Murta & Guimarães, 2007).

A autoestima torna-se um fator importante para adaptação da pessoa à sua nova condição. Aqueles com maior autoestima ajustam-se melhor às exigências ambientais e sentem-se mais seguros de si próprio (Marini, et al. *in* Keleher et al., 2003). Num estudo realizado por Whiteneck et al. (2004) que pretendia determinar o impacto das barreiras ambientais, comparando as características da lesão e demográficas bem como as limitações da atividade, na predição da variação da participação e satisfação com a vida, concluiu que os fatores ambientais apoiam os modelos de deficiência mas há maior relação destes fatores com a satisfação com a vida do que com a participação social.

De acordo com diversos estudos efetuados, a adaptação bem-sucedida da pessoa com lesão está mais relacionada com as variáveis ambientais e psicossociais do que com as variáveis físicas resultantes da lesão. Condições como a acessibilidade ao espaço físico, transporte, educação, trabalho, suporte social e *locus interno* (a pessoa consegue assumir a sua culpa pelos acontecimentos não atribuindo a agentes externos) são importantes preditores do melhor ajustamento da pessoa na sua nova condição (Murta & Guimarães, 2007). Os fatores psicológicos como boa autoestima, controlo do seu *locus*, sentido de esperança, objetivos na vida, afetividade positiva são consistentemente associados a maior qualidade de vida nas pessoas com lesão medular (Tate, Kalpakjian, & Forchheimer, 2002).

O quadro clínico que resulta de uma lesão medular é complexo pois pode atingir múltiplos órgãos e sistemas, pelo que para o tratamento destes utentes é necessária uma equipa médica multidisciplinar e uma equipa de reabilitação multiprofissional (Faria, 2006). O trabalho multidisciplinar e interdisciplinar dos vários profissionais irá incidir nos diferentes fatores que envolvem a pessoa. De acordo com um estudo realizado por Post, Kirchberger, Scheuringer, Wollaars, & Geyh (2010) que pretendia definir as alterações mais relatadas em indivíduos com LVM na situação inicial e crónica, bem como os fatores que mais os influenciam, destacou-se a importância da participação social e do meio ambiente.

Deste modo, de acordo com as muitas alterações que surgem da lesão medular, o tratamento de reabilitação tem como objetivo primordial maximizar as capacidades e as competências funcionais de cada indivíduo, assumindo uma abordagem integral

que incida não só nos problemas clínicos, mas que atenda aos aspetos emocionais, sociais, ambientais, desportivos, lúdicos e de formação, contribuindo para a sua independência, qualidade de vida, participação e integração na família, na sociedade e no meio profissional (Faria, 2006; Phipps, et al., 2003). As perturbações físicas não são em si um problema, mas podem vir a ser se a pessoa tiver ao seu redor um ambiente físico e social empobrecido e com recursos materiais e financeiros insuficientes (Murta & Guimarães, 2007, p. 62).

A aprendizagem das habilidades individuais como cuidar da saúde física, habilidade para estabelecer e manter vínculos afetivos e sexuais, e habilidades de capacitação profissionais devem ser ensinadas durante o processo de reabilitação. Para além das mudanças individuais, a reabilitação deve incidir em mudanças a nível do suporte familiar, uma vez que este é igualmente um dos principais preditores da adaptação bem-sucedida à lesão medular. Além da família, a comunidade precisa de modificações no sentido de minimizar as barreiras arquitetónicas, facilitando o transporte e a reinserção da pessoa no contexto do lazer e do trabalho (Murta & Guimarães, 2007, p.62).

Num estudo efetuado com 270 pessoas com lesão medular, por forma a identificar mudanças na qualidade de vida e função ao longo do tempo de vida, concluiu-se que as pessoas com lesão medular mantinham a sua qualidade de vida e de participação (Pershouse et al., 2012). Contudo, à medida que aumentavam as condições secundárias, havia uma diminuição da função ao longo do tempo. Os serviços de reabilitação precisam de atuar no sentido à prevenção das condições secundárias por meio de um controlo reforçado ao longo do tempo, e de respostas sociais mais abrangentes, por forma a otimizar o funcionamento humano (Pershouse et al., 2012).

Vários estudos apontam para a importância da atividade física para pessoas com LVM para a melhoria da qualidade de vida e bem estar-estar (Ravenek, Ravenek, Hitzig, & Wolfe, 2012). Instrumentos como a WHOQOL e SWLS são utilizados nesta avaliação evidenciando a eficácia destas intervenções bem como a utilidade destas ferramentas (Ravenek, et al., 2012; Putzke, Richards, Hicken, & DeVivo, 2002). A mobilidade e a perceção de saúde podem ser preditores consistentes da satisfação com a vida nas pessoas com LVM, sendo ambos possíveis alvos de programas de intervenção destinados à mudança destas perceções, devendo existir uma área de pesquisa continuada sobre os mecanismos específicos que influenciam estes preditores (Putzke, et al., 2002).

O tratamento de pessoas com lesão medular inclui todos os procedimentos de reabilitação física, administração de medicação e reabilitação psicológica, por forma a neutralizar as condições causadas pela lesão. A Reabilitação é a principal fonte de tratamento no indivíduo com LVM, pois não há cura para a lesão, podendo ser descrito como os ensinamentos que são realizados, para que estas pessoas possam viver com as suas limitações no seu ambiente (Keleher, et al., 2003).

2.3 Esclerose Múltipla

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença neurológica degenerativa em que há o envelhecimento precoce das células nervosas, existindo múltiplos focos de degeneração dos nervos por todo o cérebro e espinhal medula, podendo acompanhar-se de alterações metabólicas (Phipps, et al., 2003). É uma doença crónica, inflamatória, desmielinizante que afeta o sistema nervoso central (ANEM, 2012). Atinge com maior incidência género feminino, e surge mais frequentemente no jovem adulto, entre os 20 e os 40 anos, apesar de, atualmente, se verificar que está cada vez mais a manifestar-se fora deste intervalo, surgindo em idades mais precoces e/ou mais tardias (ANEM, 2012; Phipps, et al., 2003).

É uma doença autoimune, no qual o sistema imunitário do homem não tem capacidade de diferenciar, as células do seu próprio corpo de células estranhas a ele, acabando por destruir os seus próprios tecidos. O principal alvo de destruição é a mielina, que consiste na camada de gordura protetora das fibras nervosas que auxilia na transmissão de informação ao longo do corpo (ANEM, 2012). Quando ocorre um episódio de “surto”, em que o ataque às fibras nervosas seja mais forte e afete uma grande extensão, formam-se cicatrizes endurecidas que se agrupam formando as “esclerose” também chamadas “placas”, sendo atingidas inúmeras áreas do cérebro e da medula espinhal, que determina o nome à doença: Esclerose múltipla (ANEM, 2012).

Estima-se que em Portugal, mais de 5000 portugueses sejam portadores de EM, mas muitos ainda sem diagnóstico (ANEM, 2012). O aparecimento desta doença não está relacionado com local de residência, da raça ou da idade, sendo os fatores ambientais e hereditários, importantes para a sua manifestação (ANEM, 2012; Döring, Pfueller, Paul, & Dörr, 2011).

Existem três tipos de EM (ANEM, 2012): Esclerose Múltipla Recidivante Remitente (EMRR) que consiste na forma mais comum de EM, em que os indivíduos apresentam

surtos e voltam ao seu estado normal, tendo manifestações sintomáticas por um período superior a 24 horas que se desenvolvem nos primeiros dias e permanecem durante 3 a 4 semanas acabando por cessar ao fim de um mês, podendo haver a recuperação parcial ou total dos sintomas experimentados; Esclerose Múltipla Secundária Progressiva (EMSP), que se desenvolve por um período de 10 a 15 anos, apresentando surtos, em que a recuperação dos sintomas não é total, havendo um acréscimo progressivo e constante da sintomatologia e da incapacidade; e Esclerose Múltipla Primária Progressiva (EMPP), que surge em idades mais avançadas (40 anos ou mais), sem períodos de surtos, em que os sintomas e a incapacidade se agravam de forma constante desde o início do diagnóstico até a uma determina altura, podendo não se agravar mais por meses e/ou anos.

Ao nível das manifestações clínicas, os sintomas associados à EM são inconstantes tanto quanto à sua frequência, como à gravidade, variando de acordo com a localização da lesão a nível sistema nervoso central bem quanto ao tipo de alterações morfológicas que aqui ocorrem (Döring, et al., 2011). Os sintomas da EM podem incluir (Döring, et al., 2011; Phipps, et al., 2003; ANEM, 2012): alterações visuais (*diplopia*, escotomas e até cegueira); alterações ao nível da fala e da articulação verbal (disartria e disfagia); alterações sensitivas (parestesias) e sensoriais; alterações do equilíbrio e coordenação motora; alterações musculares (espasticidade, paralisia, ataxia); problemas ao nível intestinal e vesical (obstipação, infeções urinárias, incontinência); disfunção sexual; e instabilidade emocional. Podem igualmente surgir fadiga sem causa aparente, tremor nos membros e alterações psicológicas e cognitivas.

Todas estas manifestações, em combinação com uma falta de confiança nas próprias capacidades e habilidades para lidar com os sintomas, conduzem a alterações a nível da funcionalidade e consequentemente reduzem a atividade física e desportiva, que por sua vez pode originar tardiamente sequelas como a obesidade, a osteoporose, alterações cardiovasculares, podendo reduzir a qualidade de vida (Döring, et al., 2011).

À medida que a doença avança, os sintomas podem agravar-se, podendo surgir complicações como trombose, embolia pulmonar, infeções respiratórias, infeções do trato urinário, nistagmo, espasmos, contracturas musculares graves, e marcha atáxica espástica (Döring, et al., 2011; Phipps, et al., 2003).

Os tratamentos da EM recomendado pelos especialistas são todos aqueles que diminuem o risco de sintomas agudos (surtos), que prolonguem os intervalos de tempo

sem perturbações antes de outro surto, podendo levar a uma alteração no decorrer da doença, reduzindo a sua progressão ao diminuir os danos e a sua frequência (ANEM, 2012).

Para além do tratamento farmacológico, o tratamento não medicamentoso como a fisioterapia, a ergoterapia, a terapia psicomotora, e a psicoterapia, são de extrema importância, na medida que em que permitem: reduzir ou aliviar os sintomas presentes na doença; previnem as doenças secundárias; promovem a independência funcional; e melhoraram a qualidade de vida (Döring, et al., 2011).

Vários estudos têm sido desenvolvidos mostrando a evidência que exercício e as terapias de carácter físico têm um impacto muito positivo nos doentes com Esclerose Múltipla (Döring, et al., 2011; Waschbisch, Tallner, Pfeifer, & Mäurer, 2009; Heesen, Romberg, Gold, & Schulz, 2006; Dalgas & Stenager, 2012; Turner, Kivlahan, & Haselkorn, 2009), podendo atuar a nível do progresso da doença, impedindo o seu agravamento. Investigações mais recentes demonstraram que a atividade física nestes doentes, para além de neutralizar a depressão e fadiga, podendo proporcionar melhor qualidade de vida (Waschbisch, et al., 2009), possui um potencial neuro protector (Heesen, et al., 2006).

De acordo com os autores Benito-León, Manuel Morales, Rivera-Navarro, & Mitchell (2003) que pesquisaram as correlações da qualidade de vida e bem estar nestas pessoas, constataram que estes fatores estão muito associadas à forma como a pessoa se ajusta emocionalmente à doença bem como avalia a sua incapacidade. A perceção subjetiva do bem-estar não é uma simples manifestação de deficiência ou incapacidade, mas sim algo mais abrangente, que está relacionado com os fatores físicos, psicossociais e contextuais.

Outros autores consideram que adaptação da pessoa à doença é influenciada por uma serie de problemas físicos ou psicossociais, que podem neutralizar ou afetar o ajustamento biopsicossocial bem-sucedido, entre os quais a fadiga, a disfunção sexual, o isolamento social, o insucesso dos tratamentos utilizados, o receio do agravamento dos sintomas e a deterioração física (McNulty, Livneh, & Wilson, 2004).

Num estudo realizado 103 pacientes com EM, em que avaliaram a qualidade de vida e seus principais determinantes clínicos e demográficos, concluiu-se que a fadiga, a depressão e o nível de dependência, são indicadores significativos e independentes da qualidade de vida (Amato et al., 2001). Noutro estudo realizado por Hudson et al.

(2008) em que pretenderam avaliar as características clínicas da EM que estão mais relacionadas com a qualidade de vida utilizando a escala WHODAS (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*) e a QRQOL (*Health Related Quality of Life*), identificaram que a dor, a depressão, os problemas gastro-intestinais, e os problemas respiratórios eram os indicadores mais preponderantes da qualidade de vida.

Para além de todas as alterações que advém da Esclerose Múltipla no domínio sensorial, cognitivo e motor, o impacto desta doença sobre o funcionamento sexual, relações sociais e familiares pode ser muito significativo (McCabe, McDonald, Deeks, Vowels, & Cobain, 1996). A EM coloca exigências consideráveis em relacionamentos influenciando o funcionamento sexual e qualidade de vida, tanto para as pessoas que sofrem da doença como para os seus parceiros. Segundo um estudo realizado por McCabe et al. (1996) em que foi avaliado o impacto desta doença ao nível do funcionamento sexual, das relações sociais e do bem-estar, mostrou que a EM tinha maior probabilidade de originar um impacto negativo no funcionamento sexual (com diminuição da atividade sexual e aumento da disfunção sexual) do que nas dimensões sociais e de bem-estar subjetivo. Os inquiridos expressaram fortes emoções negativas em relação a sua doença, mas as relações sociais e familiares são um grande fonte de apoio para os mesmos, o que traduz a relevância da dimensão social e familiar, para o bem-estar dos indivíduos com EM.

3. A Pessoa com Deficiência Motora, seu Impacto e a Reabilitação

De acordo com as pesquisas mais recentes, o funcionamento humano da pessoa com deficiência motora (seja qual for a sua etiologia) está mais dependente dos fatores psicossociais do indivíduo e dos seus fatores ambientais, do que das alterações que advém das estruturas e funções do corpo (Murta & Guimarães, 2007; Tate, et al., 2002; Post et al., 2010).

Estas novas descobertas ajudam-nos a estabelecer e priorizar os objetivos para o processo de reabilitação, no sentido à aprendizagem de um novo repertório de habilidades individuais capazes de maximizar a independência do indivíduo na sua nova condição (Murta & Guimarães, 2007). De acordo com o conceito de Reabilitação da OMS (WHO, 2012b) que define a Reabilitação como “o uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto das situações incapacitantes e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção de uma completa integração social”, deverá

existir uma ligação entre o ambiente social e as necessidades dos indivíduos com deficiência/incapacidade, de forma a eliminar as barreiras sociais à participação, tanto a nível social como vocacional (UEMS, 2009).

O processo de Reabilitação das pessoas com deficiência, associado a um conceito amplo de saúde, incorpora o bem-estar físico, psíquico e social a que todos os indivíduos têm direito (Ministério da Saúde, 2005). Este processo deverá proporcionar as ferramentas necessárias para a independência funcional e autodeterminação do indivíduo a fim que estes alcancem e/ou mantenham os seus ideais físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais (WHO, 2012a). A plena realização das ações de reabilitação deve abranger diversos campos complementares, como a saúde, a educação, a formação, emprego, desporto, entre outros. Enquadrado neste programa e nestas ações podem surgir várias terapias, intervenções psicomotoras e/ou atividades expressivas, que inseridas no processo de reabilitação, podem tornam-se uma mais-valia na reabilitação da pessoa com deficiência (Ministério da Saúde, 2005).

Devendo este processo de reabilitação assumir uma abordagem abrangente, é necessário a realização de estudos que investiguem a eficácia e o impacto das várias intervenções reabilitativas, bem como dos fatores contextuais que envolvem a pessoa. Para que tal aconteça, são utilizados vários instrumentos para avaliar o funcionamento humano nos vários domínios. Destacam-se na tabela 2, algumas escalas que podem ser utilizadas em estudos com pessoas com deficiência motora nas diversas patologias (AVC, LVM, EM, etc.) bem como a referência dos autores que elaboraram os estudos, utilizando estes instrumentos.

Tabela 2 – Escalas utilizadas para a avaliação do funcionamento humano nas várias dimensões na pessoa com deficiência/incapacidade.

Escalas	Função
WHODAS (<i>World Health Organization Disability Assessment Schedule</i>)	Avalia a saúde e a funcionalidade baseando-se no modelo da CIF (Garin et al., 2010) (Stegmann et al., 2010).
SF-36 (Healty Survey update)	Avalia a funcionalidade e bem-estar (Soberg, Finset, Roise, & Bautz-Holter, 2012) (Pöllmann, Busch, & Voltz, 2005).
MCS (Mental Component Sumary)	Avalia componentes da saúde mental (Farivar, Cunningham, & Hays, 2007).
CIF (Classificação Internacional de funcionalidade, Incapacidade e Saúde)	Classifica a saúde e estados relacionados com a saúde. (OMS, 2004) (Noonan et al., 2009).
MIF (Medida de Independência Funcional)	Avalia o grau de incapacidade e os resultados das intervenções na área de reabilitação (Pershouse, et al., 2012) (Lains, 1991).

IPA (<i>Impacto on Participation Autonomy</i>)	Avalia aspetos da participação social e autonomia dos indivíduos (Noonan, et al., 2009) (Kersten et al., 2007).
KAP (<i>Keele Assessment of Participation</i>)	Avalia a restrição à participação da pessoa percebida pela pessoa (Wilkie, 2010).
POPS (<i>Participation Objective Participation Subjective</i>)	Avalia elementos objetivos e subjetivos da participação (M. Brown et al., 2004).
WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)	Avalia a Qualidade de Vida (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004) (Hudson, et al., 2008) (Ravenek, et al., 2012) (Wilson, Hashimoto, Dettori, & Fehlings, 2011) (Shin, et al., 2012) (Amato, et al., 2001).
SWLS (<i>Satisfaction with Life Scale</i>)	Avaliação subjetiva do bem-estar pelo próprio (Whiteneck, et al., 2004) (M. W. Post, Van Leeuwen, Van Koppenhagen, & Groot, 2012) (Ravenek, et al., 2012) (Wilson, et al., 2011) (Dias et al., 2008) (Santos, 2008).
PRO (<i>Patient Reported Outcome</i>)	Avalia como a pessoa percebe a sua saúde e o impacto que os tratamentos ou ajustes ao estilo de vida têm na sua qualidade de vida (Tulsky et al., 2011).
ICA (<i>Inventário Clínico do Auto-Conceito</i>)	Avalia o Auto-Conceito em quatro domínios na pessoa. (Vaz-Serra, 1986) (Santos, 2008).
PSPP (<i>Physical Self- Perception Profile</i>)	Avalia a autopercepção física (Fonseca & Fox, 2002) (Rocha, 2011).

4. Intervenção Psicomotora e Dançaterapia

Segundo o Fórum Europeu de Psicomotricidade (EFP, 1996), a Psicomotricidade baseia-se numa visão holística do ser humano, da unidade do corpo e da mente, integrando as interações cognitivas, emocionais, simbólicas e corporais, na capacidade de ser e de agir do indivíduo, num contexto biopsicossocial. Pode intervir na saúde, na educação, e em áreas de investigação, utilizando referências científicas nas áreas da saúde, psicologia, neuropsicologia, educação, bem como das ciências sociais. A intervenção psicomotora pode atuar em diversas áreas no âmbito da prevenção, saúde, (re) educação, reabilitação, e investigação, trabalhando ao longo de todo o percurso de vida e com todos os grupos etários (EFP, 1996).

De acordo com Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort (2010) a terapia psicomotora é definida como um método de tratamento que usa a consciência corporal e atividades físicas, como pedras angulares na sua abordagem. É considerada como uma terapia complementar (Probst, et al., 2010) podendo ser aplicada em diversas abordagens psicoterapêuticas (comportamentais, cognitivas, e psicodinâmicas). Segundo Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP, 2012), a intervenção psicomotora utiliza diversas metodologias associando sempre as atividades representativa e

simbólica, tais como: técnicas de relaxação e consciência corporal; terapias expressivas; atividades lúdicas; atividades de recreação terapêutica; atividades motoras adaptadas; e atividades de consciencialização motora.

As terapias expressivas, sendo metodologias utilizadas em Psicomotricidade, podem estar ligadas ao movimento expressivo, às artes plásticas, à música, e a outras atividades de tipologia expressiva. A Terapia Psicomotora é uma terapia orientada para o movimento e para o corpo, assemelhando-se à psicoterapia de Dança Movimento, apesar de algumas diferenças permanecerem (Emck & Bosscher, 2010). Mesmo existindo diferenças históricas, teóricas bem como dos métodos práticos, ambas as terapias convergem em geral. Estas terapias fazem uso do movimento e das experiências vividas pelo corpo para: estimular o desenvolvimento psicossocial; diminuir os distúrbios psicológicos e comportamentais; e aliviar sintomas psiquiátricos ou diminuir o impacto destes sintomas na funcionalidade e participação da pessoa na sua vida diária (Berrol, 2006).

Este tipo de terapias podem ser utilizadas em saúde mental, em reabilitação, em estabelecimentos médicos, educacionais e prisionais, em creches, em lares da terceira idade, para prevenção de doenças e para programas de promoção da saúde (ADTA, 2009). Tanto a Terapia Psicomotora (ou seja Psicomotricidade) como a Dança Movimento Terapia (ou seja Dançaterapia) fazem uso das características da exploração do movimento e das experiências do corpo da pessoa para otimizar o processo terapêutico (Payne, 2006). Não é possível fazer uma tradução à letra de *Dance/Movement Therapy* para português, como tal, quando se referir a este tipo de intervenção, adotar-se-á o termo dançaterapia.

O movimento expressivo constitui a ferramenta basilar para o método psicoterapêutico ligado ao movimento denominado “dançaterapia”, promovendo a integração do indivíduo ao nível físico, emocional, social, e cognitivo, podendo ser aplicado complementarmente com outros métodos, no sentido a um maior sucesso e eficácia dos tratamentos (Dulicai & Hill, 2007).

Segundo Rogers (1999), nas terapias expressivas estão incluídas as atividades ligadas ao movimento, e actividades de carácter artístico, para a experimentação e expressão de sentimentos. Qualquer atividade de carácter expressivo fornece um processo de autodescoberta que pode conduzir ao inconsciente, manifestando facetas desconhecidas de nós próprios. Proporciona também um maior conhecimento de si

próprio, relativamente às suas limitações, desejos e pontos fortes, para uma melhor integração da pessoa na sociedade (Rogers, 1999).

Segundo Halprin (1999), a capacidade do corpo para se expressar através do movimento, é entendido como a base para a integração das várias partes do eu-corpo, sendo que o movimento é o próprio alicerce da vida. De acordo com esta autora, o movimento está presente em toda nossa vida, desde o mundo mais interno do nosso corpo físico ao mundo quotidiano social. Em níveis mais internos, a vida depende do movimento constante e complexo das nossas células, com o batimento cardíaco, e a cada inspiração e expiração. No entanto, apesar de existir movimento em toda a vivência humana, raramente se presta atenção à forma como a pessoa se movimenta e o que expressa nesse movimento.

Darian Halprin desenvolveu um método de técnica expressiva utilizando o movimento para exploração, denominando-o “histórias do corpo”. Este método é utilizado na Psicomotricidade e na dançaterapia, sendo constituído por uma série de etapas. Cada etapa está relacionada com a intenção de integrar o nível físico, emocional e mental do indivíduo, por forma a canalizar a experiência de vida através da linguagem expressiva do movimento, e criar reflexões acerca desse movimento expressivo. As etapas são várias consistindo: na primeira etapa, em identificar um tema da vida pessoal ou coletivo através do uso do movimento; na segunda, em focar uma experiência predominante da sua vida que origine determinados sentimentos e sensações; na terceira, em expressar estas sensações, sentimento ou emoções explorando o movimento expressivo; na quarta, em criar um desenho da imagem da experiência do movimento do corpo; e na quinta em elaborar um “script” escrevendo um poema, ou uma história ou um diálogo que descreva o significado que pessoa atribuiu à experiência. Esta última etapa ajuda a pessoa a fazer ligação entre a sua experiência de movimento expressivo e o modo como a pessoa entende a sua experiência de vida (Halprin, 1999).

O número crescente de estudos têm surgido evidenciando a importância da dançaterapia para a melhoria do estado geral das pessoas com alterações neurológicas (Aktas & Ogce *in* Blázquez, Guillamó, & Javierre, 2010). Este método pode mobilizar e potenciar as áreas fortes da pessoa doente a fim de que esta lide melhor com o seu sofrimento psicológico e físico.

A dançaterapia pode melhorar a qualidade de vida, reforçando o sistema imunitário por meio da ação muscular e de várias respostas fisiológicas. Pode igualmente eliminar a

tensão, fadiga crónica e outras com condições incapacitantes, que resultam do stress da vida quotidiana (Ginsburgs & Goodill, 2009). Segundo Berrol (1992), o movimento pode servir como um mediador, que, intervindo na organização e/ou reorganização dos fundamentos neurológicos da função cognitiva, física e emocional, facilita a mudança comportamental, no sentido a um maior bem-estar.

Durante o processo de reabilitação, as pessoas com deficiência/incapacidade possuem alteradas várias domínios do funcionamento humano, nomeadamente ao nível físico, psicológico e social pelo que se torna fundamental incluir na reabilitação, métodos psicoterapêuticos mais abrangentes e complementares, no sentido a um alívio de sintomas de sofrimento físico e psicológico, conduzindo consequentemente a um maior sucesso nos tratamentos.

Assim sendo, no capítulo seguinte irá descrever-se alguns estudos que relatam a eficácia desta tipologia de intervenções em populações com patologia neurológica e/ou em reabilitação, bem como a sua contribuição num programa de tratamento.

5. Impacto da Dançaterapia em Pessoas com Patologia Neurológica

A dançaterapia aplica o movimento como psicoterapia por forma a integrar a pessoa a nível cognitivo, emocional, físico, e social (Strassel, Cherkin, Steuten, Sherman, & Vrijhoef, 2011). A dançaterapia na pessoa com deficiência motora em reabilitação, permite a exteriorização de sentimentos e emoções, promovendo o autoconceito e o bem-estar na pessoa (Gonçalves, Leão Junior, & Goobo, 2011). As terapias expressivas que utilizam o movimento da dança permitem que o corpo se expresse de uma forma criativa em combinação com a expressão verbal, tornando o movimento a verbalização do processo emocional (Bräuninger, 2012).

Um dos aspetos terapêuticos ligados a estas terapias é o ato de criar movimento através da improvisação, permitindo ao indivíduo novas formas de se mover, o que gera uma nova experiência de estar no mundo (Diamond, 2001). O importante é a experiência com o corpo mais livre, por forma a explorar novas formas de ser, e de ter acesso a sentimentos que não consegue verbalizar (Standon-Jones *in* Blázquez et al., 2010).

A dançaterapia pode ter impacto nas funções físicas, psicossociais, e cognitivas. Segundo autores Berrol, Ooi, & Katz (1997), esta terapia tem como princípios fundamentais: ser um veículo de mudanças psicológicas; ser um estímulo para a

expressão emocional e física; aumentar a biomecânica e os aspetos qualitativos da função física; e ser um poderoso facilitador e potenciador de comunicação e interação. No estudo efetuado por Berrol, Ooi, & Katz (1997), foi avaliado o efeito de um programa de dançaterapia com idosos que tinham sofrido distúrbios neurológicos (acidentes vasculares cerebrais e traumatismos crânio-encefálicos), constatando-se que os indivíduos apresentaram melhorias ao nível do humor, interação social, função física, e percepção de qualidade de vida.

Outros estudos apontam para que a utilização deste tipo de metodologia com pessoas adultas com patologias do foro neuromuscular conduz a benefícios no processo terapêutico (Bojner-Horwitz, Kowalski, Theorell, & Anderberg, 2006). Num estudo realizado com pessoas com fibromialgia, em que foram avaliados os efeitos da dançaterapia na evolução patológica da fibromialgia, verificou-se que esta metodologia obteve resultados positivos. O movimento da dança proporcionou aos utentes uma oportunidade de trabalhar a consciência e a percepção corporal (Bojner-Horwitz et al., 2006).

Numa investigação realizada por Bojner-Horwitz (2004), que pretendia avaliar as mudanças a nível hormonal, emocional, físico e aparência visual em mulheres com o diagnóstico de fibromialgia, constatou-se que após seis meses de tratamento com terapias de arte criativas e dançaterapia, as mulheres melhoraram a sua função psicológica e física, mostrando assim que esta terapia tinha uma grande influência nestes utentes, ao nível do seu bem-estar, noção do corpo e percepção da dor. De acordo com outra pesquisa na área da Fibromialgia, a dançaterapia quando aplicada isoladamente não é recomendada, tendo só efeito quando aplicada em simultâneo com outras intervenções (Langhorst et al., 2012). Estes dados podem sugerir que esta terapia poderá ser eficaz apenas quando inserida com outros métodos de tratamento.

Para além das melhorias em termos biopsicossociais, a dançaterapia pode trazer benefícios em termos da funcionalidade, pelas características inerentes à própria atividade. Num estudo caso de uma pessoa com Esclerose múltipla realizado por Salgado & Vasconcelos (2010), que avaliou os efeitos da dançaterapia no contexto de reabilitação, verificou que no fim do programa, a pessoa apresentou maior controlo postural e equilíbrio, relatando uma melhoria no seu estado emocional.

Num estudo efectuado com um conjunto de idosos, que estavam institucionalizados numa residencial na República Checa, foi avaliado o efeito de um programa de exercício de dança, verificando-se que os idosos, que eram dependentes e

sedentários, melhoraram a sua funcionalidade. Por outro lado, a prática da dança, trouxe vantagens adicionais relativamente ao bem-estar psicossocial, bem como uma influência positiva na autoestima (Holmerová et al., 2010).

No estudo realizado por Blázquez et al. (2010), que pretendia avaliar a influência da dançaterapia sobre percepção de bem-estar e capacidade funcional em mulheres com síndrome da fadiga crónica, mostrou que a percepção do bem-estar físico e psicológico melhorou após o programa. No entanto, neste estudo, as mulheres não demonstraram uma melhoria na capacidade funcional após o programa.

Da revisão da literatura efetuada surgem evidências do potencial impacto, quer ao nível funcional quer ao nível psicossocial, em diversos grupos de pessoas com patologias do foro neurológico, pelo que se elaborou um quadro onde está descrito o resumo de outros estudos que utilizaram programas relacionados com dança e seus efeitos em populações com ou sem patologia neurológica.

Tabela 3 – Estudos relacionados com dança e seus efeitos.

Estudos	Instrumentos	População	Intervenções	Conclusões
Efeitos da Dançaterapia e Danças de Salão na doença mental e física: uma revisão sistemática (Kiepe, Stöckigt, & Keil, 2012)		Adultos com doenças físicas e mentais	Programa de Danças de Salão Programa de Dançaterapia	A dançaterapia e as Danças de Salão podem ser benéficos para pessoas com cancro da mama, doença de Parkinson, depressão, diabetes e insuficiência cardíaca, atuando a nível da qualidade de vida, bem-estar, e redução do sofrimento psicológico.
Estudo sobre a aplicação do tango na doença de Parkinson (Duncan & Earhart, 2012)	Escala de avaliação da doença; Teste de equilíbrio (Mini-bestTes); Questionário do congelamento da Marcha; Teste de caminhada; Velocidade da marcha para a frente e para trás; Teste de Peg	Pessoas com Parkinson (grupo de controlo e grupo experimental)	Programa de 12 meses de Tango	Houve melhorias no grupo experimental o que sugere que a longo prazo, o tango pode modificar a progressão de incapacidade na Doença de Parkinson.
Efeitos da terapia criativa nas pessoas com demência (Rylatt, 2012)	Sem instrumentos preconizados, avaliação baseada na observação.	Pessoas adultas com demência	Programa de terapia criativa incluindo dança, música, atividades de movimento durante 8 semanas, com 3 sessões por semana.	A terapia criativa proporcionou melhorias na expressão, comunicação, prazer e divertimento nas pessoas com demência.
Efeito da Dança na Depressão (Akandere & Demir, 2011)	<i>Beck Depression Scale</i>	Adultos universitários (20-24 anos)	Programa de dança durante 12 semanas, 3 vezes por semana.	Os níveis de depressão foram significativamente reduzidos após o programa.
Terapia pela música nas lesões cerebrais adquiridas – Revisão de literatura (Bradt, Magee, Dileo,	Revisão de literatura.	Pessoas adultas com lesões cerebrais adquiridas	Programas de Terapia pela Música	A estimulação auditiva rítmica pode ser benéfica para a melhoria da marcha em pessoas com AVC.

Wheeler, & McGiloway, 2010)				
Avaliação de um programa de saúde público para a melhoria da qualidade de vida e redução das complicações associados à idade (Marin, Homar, Niedfeld, Matcovick, & Mamonde, 2009)	Avaliação da tensão arterial, colesterol, lípidos, glicémia, peso, e altura; número de fraturas ósseas; número de internamentos; avaliação da qualidade de vida pela WHOQOL.	Grupo de idosos (grupo de controlo e experimental).	Atividade física, atividades recreativas, dança, formação nutricional e alimentar durante 12 meses.	Verificou-se uma redução dos fatores de risco, diminuição do número de internamentos, registando-se uma melhoria da qualidade de vida.
Dança como recurso terapêutico ocupacional junto de crianças com deficiência visual (Pheifer & Defina, 2008)	Protocolo de Avaliação de Filmagem. No final de cada mês era feito uma filmagem das crianças para ver a sua evolução.	Grupo de crianças dos 4 aos 13 anos com deficiência visual.	Programa de intervenção de aulas de dança semanais durante seis meses.	Os resultados mostraram: melhoria do desempenho psicomotor de todas as crianças participantes; a evolução da técnica da dança; aumento da motivação das crianças, e desenvolvimento da criatividade durante a dança.
Aplicação do Tango como uma invenção terapêutica nas pessoas com AVC (Hackney, Kantorovich, Levin, & Earhart, 2007)	Escala de Equilíbrio de Berg. Teste de Caminhada. Velocidade da Marcha	Idosos em fase pós AVC com distúrbios do movimento.	Programa de 30 horas de tango adaptados.	O programa promoveu melhorias ao nível do equilíbrio, resistência, e no bem-estar.
Efeitos do Tango na mobilidade funcional na doença de Parkinson (Hackney, et al., 2007)	Doença de Parkinson Scale; Escala de Equilíbrio de Berg; Time Up and Go Test.	Grupo de pessoas com doença de Parkinson (grupo experimental e grupo de controlo).	O grupo experimental teve um programa 10 aulas de tango, e o grupo de controlo teve um programa de 10 aulas de exercício.	Foram detetadas melhorias no grupo experimental, contudo não são clinicamente significativas. Estes dados sugerem que a dança pode ser uma atividade de grupo benéfica para enfrentar o equilíbrio e marcha nos problemas específicos da doença de Parkinson.
Dança como terapia para a prevenção do cancro (Aktas & Ogce, 2005)	Revisão de literatura	Pessoas com doenças crónicas (AVC; Traumatismos cranianos, doença de Alzheimer, diabetes, etc.)	Programas de Dançaterapia	A Dançaterapia é uma forma complementar usada em hospitais e centros de oncologia sendo reconhecida a sua eficácia.
Construção, aplicação e Demonstração da Eficácia de um Programa de Dança Tradicional Portuguesa para Idosos (Varregoso R.P., 2004)	Testes de Performance Artística em Dança; Rosenberg Self-Esteem Scale; SF-36 Health Survivey; NIA FICSIT (National Institute on Aging Frailty in Injuries Cooperative Studies Intervention Techniques Battery); MOSES (Multiple dimensional Observation Scale for Elderly Subjects); MDS (Minimal Data Set); GDS (Geriatric Depression Scale)	Amostra de adultos entre os 60-75 anos de idade.	Programa de Danças Tradicionais para Idosos (PDTI)	Os resultados mostraram que o PDTI contribuiu para a ocupação positiva dos tempos livres, manutenção de um estilo de vida mais ativo, sendo eficaz na promoção do bem-estar e qualidade de vida nos idosos.
Dançaterapia com idosos que sofreram de lesão neurológica: Um Projeto Demonstração (Berrol, et al., 1997)	FAMP (Functional Assessment of Movement and perception); CPS (Cognitive Performance Scale; NIA FICSIT (National Institute on Aging Frailty in Injuries Cooperative Studies Intervention Techniques Battery); MOSES (Multiple dimensional Observation Scale for Elderly Subjects); MDS (Minimal Data Set); GDS (Geriatric Depression Scale)	Adultos com mais de 60 anos que tiveram algum tipo de neurotrauma (como AVC, Traumatismo craniano, aneurisma). Existiu um grupo de controlo e um experimental.	Sessões de Dançaterapia durante 5 meses, com 45 minutos de dança por semana.	Os resultados sugeriram que a Dançaterapia melhorou as habilidades funcionais dos sujeitos do grupo experimental, existindo uma melhoria do humor, função social e interação física. Igualmente os domínios específicos associados à qualidade de vida estavam melhorados no grupo experimental.

Sendo a mobilidade uma característica inerente aos programas de dançaterapia, vários estudos tem demonstrado que esta terapia é reconhecida por aumentar as substâncias neurotransmissoras especiais no cérebro (endorfinas), gerando uma sensação de bem-estar (Brown & Parsons, 2008). O movimento total do corpo na dança, promove as funções dos sistemas circulatório, respiratório, esquelético, e sistema muscular (Aktas & Ogce, 2005). Por outro lado, análises mais recentes descrevem os processos sensoriomotores que estão envolvidos na dança, nomeadamente a percepção do ritmo e movimento, demonstrando que a dança tem efeitos a nível cerebral, na estimulação das funções e na mobilização das várias áreas cerebrais (Brown & Parsons, 2008).

A componente social da dançaterapia poderá ser uma mais-valia na pessoa, uma vez que a interação humana é importante no funcionamento psicológico. Está descrito no estudo elaborado por Strassel et al. (2011) que a dançaterapia, quando aplicada em grupo, pode auxiliar numa melhor autogestão da doença em pessoas com patologias crónicas. A supervisão por parte do grupo incita à pessoa uma maior motivação para a gestão da sua própria doença. Para além de uma melhor autogestão da doença, o estudo supracitado demonstrou, igualmente, eficácia na redução da dor, na diminuição da ansiedade e no aumento dos níveis de relaxação nestas pessoas.

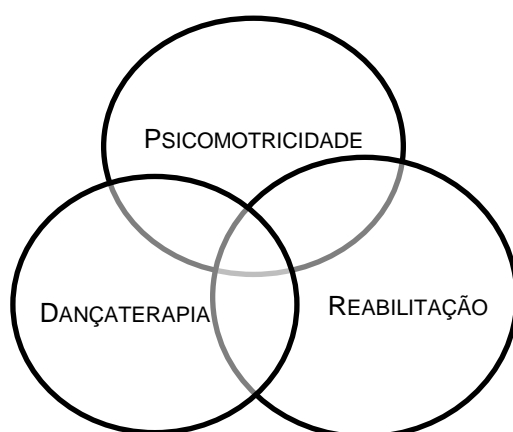
De acordo com revisão de literatura efetuada, existem evidências dos benefícios da dançaterapia em pessoas com e sem patologia neurológica. Contudo, alguns autores consideram que os estudos relacionados com programas psicomotores ligados ao movimento expressivo e dançaterapia, possuem baixa qualidade nas evidências (Strassel et al., 2011). Por outro lado, constata-se que existem investigações que comprovam a eficácia destes programas, ligados à Medicina, à Reabilitação, à Fisioterapia, à Terapia Ocupacional, à Enfermagem e à Dançaterapia. Porém, não existem muitos estudos ligados à Psicomotricidade, pelo que se torna fundamental a investigação nesta área, para a identificação do real impacto destas terapias junto das pessoas em reabilitação com patologia neurológica.

6. Terapias Expressivas e Reabilitação: Um modelo de trabalho no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA)

Face à análise efetuada, propõe-se um modelo de trabalho de intervenção psicomotora aplicando metodologias ligadas à dançaterapia e movimento expressivo num grupo de utentes com deficiência/incapacidade em reabilitação no CMRA.

Integrado nas atividades proporcionadas por este centro, é desenvolvida uma atividade lúdico-terapêutica deste novembro de 2006 denominada Terapia pela Dança que se baseia em princípios de intervenção psicomotora.

Face à experiência profissional na área de reabilitação e dança, bem como ao gosto e interesse por esta área, constatando que os benefícios de caráter empírico que surgiram durante este tempo de prática estão em conformidade com as evidências demonstradas nos estudos apontados, propõem-se um modelo teórico que enfatize e interligue o domínio da Reabilitação, Psicomotricidade (PMT) e Dançaterapia.



Figuras 4 – Modelo de Trabalho de Terapias Expressivas e Reabilitação

A PMT utiliza métodos ligados às terapias expressivas, nomeadamente relacionados com dança ou dançaterapia. Por outro lado, o processo de reabilitação pode abranger vários campos complementares, sendo as terapias expressivas ligadas à dança uma das atividades com evidências clínicas. Deste modo, sugere-se este programa de trabalho que denominamos *programa de intervenção psicomotora utilizando metodologias ligadas à dançaterapia e movimento expressivo*, para aplicação num grupo de pessoas com deficiência/ incapacidade motora, no sentido a promover um maior sucesso no programa de reabilitação estabelecido.

CONCLUSÃO

De acordo com a revisão de literatura realizada, a integração da pessoa com deficiência/incapacidade motora está mais dependente dos fatores psicossociais e ambientais do indivíduo, do que das alterações das estruturas e funções do corpo. Estas descobertas permitem priorizar os objetivos e procedimentos do processo de reabilitação, no sentido a ir de encontro às mudanças psicológicas e à aprendizagem

de habilidades que capacitam a pessoa, para que esta defronte as condições adversas que advêm da condição de saúde e/ou dos fatores ambientais, onde está inserida.

Para que tal aconteça, podem estar incluídas no processo de reabilitação diversas terapias e intervenções psicomotoras, que inseridas neste plano, se tornam uma mais-valia na reabilitação da pessoa com deficiência motora. A intervenção psicomotora baseia-se numa visão holística do ser humano, integrando as interações cognitivas, emocionais, simbólicas e corporais da pessoa, num contexto biopsicossocial, tendo por isso um potencial impacto no indivíduo com deficiência em reabilitação, e que apresenta as dimensões físicas, psicológicas e sociais alteradas. As terapias expressivas ligadas ao movimento são umas das metodologias utilizadas em Psicomotricidade, assemelhando-se à psicoterapia de dança movimento, ou seja dançaterapia, pois fazem uso da exploração do movimento e das experiências vividas da pessoa, para otimizar o processo terapêutico.

Deste modo, propõe-se um programa de intervenção psicomotora que aplique metodologias ligadas à dançaterapia e movimento expressivo, em que estejam incluídos procedimentos de reabilitação, metodologias ligadas ao movimento expressivo e metodologias ligadas à dançaterapia, por forma a favorecer melhorias ao nível da funcionalidade, autoconceito e satisfação com a vida, na pessoa com deficiência motora, e a um maior sucesso na reabilitação biopsicossocial.

Os estudos relacionados com a intervenção psicomotora aplicando técnicas relacionadas à dançaterapia é muito escasso e por vezes com poucas evidências científicas, pelo que se torna relevante o investimento nesta área, por forma a consolidar os efeitos desta tipologia de tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ADTA. (2009). *About Dance/Movement Therapy*. Retirado a 30 de Janeiro, 2013, from <http://www.adta.org/Default.aspx?pagelId=378213>.

Akandere, M., & Demir, B. (2011). The effect of dance over depression. *Coll Antropol*, 35(3), 651-656.

Aktas, G., & Ogce, F. (2005). Dance as a therapy for cancer prevention. *Asian Pac J Cancer Prev*, 6(3), 408-411.

- Amato, M. P., Ponziani, G., Rossi, F., Liedl, C. L., Stefanile, C., & Rossi, L. (2001). Quality of life in multiple sclerosis: the impact of depression, fatigue and disability. *Multiple Sclerosis*, 7(5), 340-344. doi: 10.1177/135245850100700511.
- ANEM. (2012). *O que é a Esclerose Múltipla?*. Retirado a 27 de Janeiro, 2013, from <http://www.anem.org.pt/em/oquee.html>.
- APP. (2012). *Psicomotricidade*. Retirado a 6 de Dezembro, 2012, from <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>.
- Bampi, L. N. S. (2007). *Percepção de Qualidade de Vida de Pessoas com Lesão Medular Traumática - uma forma de estudar a experiência da deficiência*. Tese apresentada ao programa de pós-graduação em Ciências da Saúde com vista à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.
- Benito-León, J., Manuel Morales, J., Rivera-Navarro, J., & Mitchell, A. J. (2003). A review about the impact of multiple sclerosis on health-related quality of life. *Disability and Rehabilitation*, 25(23), 1291-1303. doi: 10.1080/09638280310001608591
- Berrol, C. F. (1992). The neurophysiologic basis of the mind-body connection in dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 14(1), 19-29. doi: 10.1007/bf00844132.
- Berrol, C. F. (2006). Neuroscience meets dance/movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic process and empathy. *The Arts in Psychotherapy*, 33(4), 302-315. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2006.04.001>
- Berrol, C. F., Ooi, W., & Katz, S. S. (1997). Dance/Movement Therapy with Older Adults Who Have Sustained Neurological Insult: A Demonstration Project. *American Journal of Dance Therapy*, 19(2), 135-160. doi: 10.1023/a:1022316102961.
- Blázquez, A., Guillamó, E., & Javierre, C. (2010). Preliminary experience with dance movement therapy in patients with chronic fatigue syndrome. *The Arts in Psychotherapy*, 37(4), 285-292. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2010.05.003>.

- Bojner-Horwitz, E. (2004). *Dance/Movement Therapy in Fibromyalgia Patients - Aspect and Consequences of Verbal, Visual and Hormonal Analyses*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina com vista à obtenção do grau de Doutor em Filosofia, Universidade de Uppsala, Uppsala.
- Bojner-Horwitz, E., Kowalski, J., Theorell, T., & Anderberg, U. M. (2006). Dance/movement therapy in fibromyalgia patients: Changes in self-figure drawings and their relation to verbal self-rating scales. *The Arts in Psychotherapy*, 33(1), 11-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2005.05.004>.
- Bradt, J., Magee, W. L., Dileo, C., Wheeler, B. L., & McGilloway, E. (2010). Music therapy for acquired brain injury. *Cochrane Database Systematic Reviews*(7), CD006787. doi: 10.1002/14651858.CD006787.pub2.
- Bräuninger, I. (2012). The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: A randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 39(4), 296-303. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2012.03.008>.
- Brown, M., Dijkers, M. P., Gordon, W. A., Ashman, T., Charatz, H., & Cheng, Z. (2004). Participation objective, participation subjective: a measure of participation combining outsider and insider perspectives. *J Head Trauma Rehabil*, 19(6), 459-481.
- Brown, S., & Parsons, L. M. (2008). The Neuroscience of Dance. *Scientific American*, 299(1), 78-83.
- Campos, M. F. D., Ribeiro, A. T., Listik, S., Pereira, C. A. D. B., Andrade Sobrinho, J. D., & Rapoport, A. (2008). Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 35, 88-93.
- Clarke, P. (2003). Towards a greater understanding of the experience of stroke: integrating quantitative and qualitative methods. *Journal of Aging Studies*, Vol.17, 171-187.
- Dalgas, U., & Stenager, E. (2012). Exercise and disease progression in multiple sclerosis: can exercise slow down the progression of multiple sclerosis? *Therapeutic advances in neurological disorders*, 5(2), 81-95.

- Diamond, N. (2001). Towards an interpersonal understanding of bodily experience. *Psychodynamic Counselling*, 7(1), 41-62. doi: 10.1080/13533330010018478.
- Dias, C., Corte-Real, N., Corredeira, R., Barreiros, A., Bastos, T., & Fonseca, A. M. (2008). A prática desportiva dos estudantes universitários e suas relações com as autopercepções físicas, bem-estar subjectivo e felicidade. *Estudos de Psicologia*, 13(3), 223-232.
- Döring, A., Pfueller, C., Paul, F., & Dörr, J. (2011). Exercise in multiple sclerosis -- an integral component of disease management. *The EPMA Journal*, 3(1), 1-13. doi: 10.1007/s13167-011-0136-4.
- Dulicai, D., & Hill, E. (2007). Expressive Movement. In L. L'Abate (Ed.), *Low-Cost Approaches to Promote Physical and Mental Health* (pp. 177-200). New York: Springer.
- Duncan, R. P., & Earhart, G. M. (2012). Randomized controlled trial of community-based dancing to modify disease progression in Parkinson disease. *Neurorehabil Neural Repair*, 26(2), 132-143. doi: 1545968311421614.
- EFP. (1996). *Initial Education in psychomotricity proposal for minimum curriculum*. Retirado a 28 de Janeiro, 2013, from <http://www.psychomot.org/bachelor-programme.htm>.
- Ellis-Hill, C. S., & Horn, S. (2000). Change in identity and self-concept: a new theoretical approach to recovery following a stroke. *Clinical Rehabilitation*, 14(3), 279-287. doi: 10.1191/026921500671231410.
- Emck, C., & Bosscher, R. J. (2010). PsyMot: an instrument for psychomotor diagnosis and indications for psychomotor therapy in child psychiatry. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5(3), 244-256. doi: 10.1080/17432971003760919.
- Faria, F. (2006). Lesões Vértebro-Medulares - Perspectiva da Reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia XII* (nº1), 45-54.
- Farivar, S., Cunningham, W., & Hays, R. (2007). Correlated physical and mental health summary scores for the SF-36 and SF-12 Health Survey, V.1. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 54. doi:10.1186/1477-7525-5-54.

- Fonseca, A. M., & Fox, K. R. (2002). Como avaliar o modo como as pessoas se percebem fisicamente? Um olhar sobre a versão portuguesa do Physical SelfPerception Profile (PSPP). *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 2(5), 11-23.
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., Bergeron, H., Cloutier, R., Dion, S. A., & St-Michel, G. (1998). Social consequences of long term impairments and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap. *Int J Rehabil Res*, 21(2), 127-141.
- Garin, O., Ayuso-Mateos, J., Almansa, J., Nieto, M., Chatterji, S., Vilagut, G., . . . consortium, t. M. (2010). Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 51. doi:10.1186/1477-7525-8-51.
- Ginsburgs, V., & Goodill, S. (2009). A Dance/Movement Therapy Clinical Model for Women with Gynecologic Cancer Undergoing High Dose Rate Brachytherapy. *American Journal of Dance Therapy*, 31(2), 136-158. doi: 10.1007/s10465-009-9076-0.
- Gonçalves, J. S., Leão Junior, C. M., & Goobo, M. (2011). *Dança – Uma Revisão Bibliográfica: Fatores de Contribuição no Desenvolvimento de Pessoas com Deficiência no Ambiente Escolar*. Paper presented at the X Congresso Nacional de Educação – EDUCERE, Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba. Retirado de: http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/5980_3731.pdf.
- GSEAR, SNR, & IPD. (2006). *1º Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade - 2006/2009*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Guzman, A. B., Tan, E. L. C., Tan, E. F. S., Tan, J. R. L., Tan, M. C., Tanciano, D. M. M., & Lee Say, M. L. T. (2012). Self-Concept, Disposition, and Resilience of Poststroke Filipino Elderly with Residual Paralysis. *Educational Gerontology*, 38(6), 429-442. doi: 10.1080/03601277.2011.559861.
- Hackney, M. E., Kantorovich, S., Levin, R., & Earhart, G. M. (2007). Effects of tango on functional mobility in Parkinson's disease: a preliminary study. *J Neurol Phys Ther*, 31(4), 173-179.

- Halprin, D. (1999). Living Artfully - Movement as an Integrative Process. In S. K. Levine & E. G. Levine (Eds.), *Foundations of Expressive Arts Therapy - Theoretical and Clinical Perspectives* (pp. 133- 149). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Heesen, C., Romberg, A., Gold, S., & Schulz, K.-H. (2006). Physical exercise in multiple sclerosis: supportive care or a putative disease- modifying treatment. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6(3), 347-355. doi: 10.1586/14737175.6.3.347.
- Hoeman, S. P. (1996). *Enfermagem de Reabilitação Aplicação e Processo*. Lisboa: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação*. (2ª edição ed.). Lisboa: Editora Lusociência.
- Holmerová, I., Macháková, K., Vanková, H., Veleta, P., Jurasková, B., Hrnčiariková, D., . . . Anđel, R. (2010). Effect of the Exercise Dance for Seniors (EXDASE) Program on Lower-Body Functioning Among Institutionalized Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 22(1), 106-119. doi: 10.1177/0898264309351738.
- Hopman, W., & Verner, J. (2003). Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke*, Vol. 34, 801-805.
- Hudson, M., Thombs, B. D., Steele, R., Watterson, R., Taillefer, S., Baron, M., & Canadian Scleroderma Research, G. (2008). Clinical correlates of quality of life in systemic sclerosis measured with the World Health Organization Disability Assessment Schedule II. *Arthritis Care & Research*, 59(2), 279-284. doi: 10.1002/art.23344.
- Keleher, C. A., Dixon, D. R., Holliman, D., & Vodde, R. (2003). Spinal Cord Injury. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 2(1), 57-77. doi: 10.1300/J198v02n01_04.
- Kersten, P., Cardol, M., George, S., Ward, C., Sibley, A., & White, B. (2007). Validity of the impact on participation and autonomy questionnaire: A comparison between two countries*. *Disability and Rehabilitation*, 29(19), 1502-1509. doi: 10.1080/09638280601030066.

- Kiepe, M.-S., Stöckigt, B., & Keil, T. (2012). Effects of dance therapy and ballroom dances on physical and mental illnesses: A systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 404-411. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2012.06.001>.
- Lains, J. (1991). *Guia para uso do Sistema Uniformizado de dados para Reabilitação Médica*. Coimbra: SMFR/HUC.
- Langhorst, J., Hauser, W., Bernardy, K., Lucius, H., Settan, M., Winkelmann, A., & Musial, F. (2012). [Complementary and alternative therapies for fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline]. *Schmerz*, 26(3), 311-317. doi: 10.1007/s00482-012-1178-9.
- Lebre, P. (2008). *Qualidade e Promoção da Saúde de Pessoas com Deficiência – Estudo dos Determinantes e Relações da Qualidade de Vida e Saúde de Jovens com Deficiência numa Amostra Nacional e em Almada*. Dissertação apresentação à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Doutor no ramo de Motricidade Humana na Especialidade de Educação Especial e Reabilitação, Universidade Técnica de Lisboa, Cruz-Quebrada.
- Macedo, P. C. M. (2008). Deficiência Física Congênita e Saúde Mental. *Rev. SBPH*, Vol. 11(2), 127-139.
- Marin, G. H., Homar, C., Niedfeld, G., Matcovick, G., & Mamonde, M. (2009). [Evaluation of the state intervention project to improve quality of life and reduce the complications associated with aging: "Add health to your years"]. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 272-277. doi: S0213-9111(09)00174-5 [pii]10.1016/j.gaceta.2009.02.010.
- McCabe, M. P., McDonald, E., Deeks, A. A., Vowels, L. M., & Cobain, M. J. (1996). The impact of multiple sclerosis on sexuality and relationships. *Journal of Sex Research*, 33(3), 241-248. doi: 10.1080/00224499609551840
- McNulty, K., Livneh, H., & Wilson, L. M. (2004). Perceived Uncertainty, Spiritual Well-Being, and Psychosocial Adaptation in Individuals With Multiple Sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 49(2), 91.
- Muir, K. W. (2009). Stroke. *Medicine*, 37(2), 109-114. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2008.11.004>

- Ministério da Saúde. (2005). O que é a reabilitação? Retirado a 20 de Janeiro, 2012, from <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/reabilitacao/reabilitacao.htm>
- Murta, S. G., & Guimarães, S. S. (2007). Enfrentamento à lesão medular traumática. *Estudos de Psicologia*, 12(1), 57-63.
- Noonan, V., Kopec, J., Noreau, L., Singer, J., Chan, A., Masse, L., & Dvorak, M. (2009). Comparing the content of participation instruments using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 93.
- NSCIA. (2011). Introduction To Spinal Cord Injury. Retirado a 24 de Janeiro, 2013, from <http://www.spinalcord.org/resource-center/askus/index.php?pg=kb.book&id=56>
- OMS. (2004). *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- OE. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*. Ordem dos Enfermeiros.
- Padilha, J. (2001). *Enfermagem em Neurologia*. (1ª Edição ed.). Coimbra: Formação e Saúde, LDA.
- Payne, H. (2006). *Dance movement therapy. Theory, research and practice* (ed.). London: Routledge.
- Pershhouse, K. J., Barker, R. N., Kendall, M. B., Buettner, P. G., Kuipers, P., Schuurs, S. B., & Amsters, D. I. (2012). Investigating Changes in Quality of Life and Function Along the Lifespan for People With Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(3), 413-419. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2011.10.014>
- Pheifer, L. I., & Defina, R. A. A. (2008). Dança como recurso terapêutico ocupacional junto a crianças com deficiência visual. *Benjamin Constant*, 40.
- Phipps, W. S., Long, B. C., Woods, N. F., & Cassmeyer, V. L. (2003). *Enfermagem Médico Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica* (6ª Edição ed.). Loures: Lusociência.

- Pöllmann, W., Busch, C., & Voltz, R. (2005). Lebensqualität bei Multipler Sklerose. *Der Nervenarzt*, 76(2), 154-169. doi: 10.1007/s00115-004-1790-8
- Post, M. W., Van Leeuwen, C. M., Van Koppenhagen, C. F., & Groot, S. (2012). Validity of the Life Satisfaction Questions, the Life Satisfaction Questionnaire, and the Satisfaction With Life Scale in Persons With Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(10), 1832-1837. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.03.025>
- Post, M. W. M., Kirchberger, I., Scheuringer, M., Wollaars, M. M., & Geyh, S. (2010). Outcome parameters in spinal cord injury research: a systematic review using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a reference. *Spinal Cord*, 48(7), 522-528.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? . *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.
- Putzke, J. D., Richards, J. S., Hicken, B. L., & DeVivo, M. J. (2002). Predictors of life satisfaction: A spinal cord injury cohort study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(4), 555-561. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/apmr.2002.31173>
- Ravenek, K. E., Ravenek, M. J., Hitzig, S. L., & Wolfe, D. L. (2012). Assessing quality of life in relation to physical activity participation in persons with spinal cord injury: A systematic review. *Disability and Health Journal*, 5(4), 213-223. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2012.05.005>
- Rocha, D. N. (2011). *Estudo Exploratório Condizente com a Validação da versão brasileira do Physical Self Perception Profile - PSPPb (versão para adultos)*. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de mestre em Exercício e Saúde em populações especiais, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Rogers, N. (1999). The creative connection - A Holistic Expressive Arts Process. In S. K. Levine & E. G. Levine (Eds.), *Foundations of Expressive Arts Therapy - Theoretical and Clinical Perspectives*. (pp. p.113-131): Jessica Kingsley Publishers.

- Rylatt, P. (2012). The benefits of creative therapy for people with dementia. *Nurs Stand*, 26(33), 42-47.
- Sá, M. J. (2009). AVC - Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 12-19.
- Salgado, R., & Vasconcelos, L. P. (2010). The Use of Dance in the Rehabilitation of a Patient with Multiple Sclerosis. *American Journal of Dance Therapy*, 32(1), 53-63. doi: 10.1007/s10465-010-9087-x.
- Santos, P. J. (2008). *Validação da Rosenberg Sel-esteem Scale numa amostra de estudantes do ensino superior*. Paper presented at the Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Braga.
- Schafer, P. S., Oliveira-Menegotto, L., & Tisser, L. (2010). Acidente Vascular Cerebral: as repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. *Ciências & Cognição* Vol. 15(2), pp.202-215.
- Shin, J. C., Goo, H. R., Yu, S. J., Kim, D. H., & Yoon, S. Y. (2012). Depression and Quality of Life in Patients within the First 6 Months after the Spinal Cord Injury. *Ann Rehabil Med*, 36(1), 119-125.
- SIGAH. (2013). Sistema de Informação de Gestão e Administração Hospitalar, Versão 2.4.0, 1990-1997. Alcoitão.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*, 13(2), 299-310.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young and oldest old. *Social Issues*, Vol.58(nº4), pp.715-732.
- Soberg, H. L., Finset, A., Roise, O., & Bautz-Holter, E. (2012). The Trajectory of Physical and Mental Health From Injury to 5 Years After Multiple Trauma: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(5), 765-774. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2011.08.050>

- Stegmann, M. E., Ormel, J., de Graaf, R., Haro, J.-M., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., . . . Burger, H. (2010). Functional disability as an explanation of the associations between chronic physical conditions and 12-month major depressive episode. *Journal of Affective Disorders*, 124(1–2), 38-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.026>.
- Strassel, J. K., Cherkin, D. C., Steuten, L., Sherman, K. J., & Vrijhoef, H. J. (2011). A systematic review of the evidence for the effectiveness of dance therapy. *Altern Ther Health Med*, 17(3), 50-59.
- Tate, D. G., Kalpakjian, C. Z., & Forchheimer, M. B. (2002). Quality of life issues in individuals with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, Supplement 2(0), S18-S25. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/apmr.2002.36835>.
- Tulsky, D. S., Kisala, P. A., Victorson, D., Tate, D., Heinemann, A. W., Amtmann, D., & Cella, D. (2011). Developing a Contemporary Patient-Reported Outcomes Measure for Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(10, Supplement), S44-S51. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2011.04.024>.
- Turner, A. P., Kivlahan, D. R., & Haselkorn, J. K. (2009). Exercise and Quality of Life Among People With Multiple Sclerosis: Looking Beyond Physical Functioning to Mental Health and Participation in Life. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(3), 420-428. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2008.09.558>
- UEMS. (2009). *Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, Académie Européenne de Médecine de Réadaptation, European Board of Physical and Rehabilitation Medicine.
- Varregoso R.P., M. I. (2004). *Construção, Aplicação e Demonstração da Eficácia de um Programa de Dança Tradicional Portuguesa para Idosos*. Tese apresentada com vista à obtenção do grau de Doutor em Motricidade Humana na especialidade em Dança, Universidade Técnica de Lisboa, Cruz-Quebrada.
- Vaz-Serra, A. (1986). O Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.

- Waschbisch, A., Tallner, A., Pfeifer, K., & Mäurer, M. (2009). Multiple Sklerose und Sport. *Der Nervenarzt*, 80(6), 688-692. doi: 10.1007/s00115-008-2639-3.
- Whiteneck, G., Meade, M. A., Dijkers, M., Tate, D. G., Bushnik, T., & Forchheimer, M. B. (2004). Environmental factors and their role in participation and life satisfaction after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(11), 1793-1803. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2004.04.024>.
- WHO. (1999). ICDH-2: International Classification of Functioning and Disability. Beta-2 draft, Short Version. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2011). *World report on disability*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2012a). Disabilities and rehabilitation: Medical care and rehabilitation- what WHO is doing? Retirado a 6 de Outubro, 2012, from <http://www.who.int/disabilities/care/activities/en/>.
- WHO. (2012b). Rehabilitation. Retirado a 5 de Outubro, 2012, from <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>.
- Wilkie, R. (2010). The Keele Assessment of Participation. In V. Preedy & R. Watson (Eds.), *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures* (pp. 35-57): Springer New York.
- Wilson, J. R., Hashimoto, R. E., Dettori, J. R., & Fehlings, M. G. (2011). Spinal cord injury and quality of life: a systematic review of outcome measures. *Evidence-Based Spine-Care Journal*, 2(01), 37-44. doi: 10.1055/s-0030-1267085.

**ARTIGO 2: EFEITOS DE UM PROGRAMA DE
INTERVENÇÃO PSICOMOTORA UTILIZANDO
METODOLOGIAS LIGADAS À DANÇATERAPIA E
MOVIMENTO EXPRESSIVO EM PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA MOTORA**

RESUMO:

O presente trabalho tem como objetivo geral descrever a implementação de um programa de intervenção psicomotora, aplicando metodologias ligadas à dançaterapia e movimento expressivo, de forma a identificar os seus efeitos ao nível da independência funcional, autoconceito e bem-estar, num grupo de utentes com deficiência motora, em processo de reabilitação no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA). O tipo de estudo realizado foi de carácter exploratório quantitativo e qualitativo, envolvendo uma amostra de conveniência (N=30), selecionada do universo total de utentes em reabilitação no CMRA (N=120). Os instrumentos de recolha de dados foram a versão portuguesa da WHODAS 2.0, o Inventário Clínico de Autoconceito, a Satisfation with Life Scale (SWLS), e um questionário de avaliação qualitativa do programa. Como resultados, obteve-se que o grupo de utentes que frequentou o programa de intervenção apresentou melhores índices de funcionalidade, autoconceito e bem-estar comparativamente aos utentes que não frequentaram o programa.

Palavras-Chave: Programa de Intervenção; Reabilitação Psicomotora; Dançaterapia; Movimento Expressivo; Deficiência Motora; Reabilitação; Autoconceito; Funcionalidade; Bem-estar; Utesntes,

ABSTRACT:

This paper aims to describe the general implementation of an intervention psychomotor program, applying methodologies related to dance movement therapy and expressive movement, in order to identify their effects at the level of functional independence, self-concept and well-being in group of people with motor disabilities, undergoing rehabilitation at the Center for medical rehabilitation of Alcoitão (CMRA). The type of study was exploratory quantitative and qualitative, involving a convenience sample (N = 30), selected from the total rehabilitation of clients in the CMRA (N = 120). The instruments for data collection were the Portuguese version of WHODAS 2.0, the Clinical Inventory of Self-concept, the Satisfation with Life Scale (SWLS), and a questionnaire of qualitative evaluation of the program. As a result, it was found that the group of patients who attended the intervention program showed better rates of functionality, self-concept and well-being compared to patients who did not attend the program.

Keywords: Intervention Program; Psychomotor Rehabilitation; Dance/Movement Therapy; Expressive Movement; Motor Disabilities; Rehabilitation; Self-Concept; Functionality; Well-being; Users;

INTRODUÇÃO

Sendo as pessoas com deficiência motora, em processo de reabilitação, um dos grupos a quem potencialmente se podem implementar programas de intervenção psicomotora, pretende-se com este estudo analisar o impacto de um programa de intervenção psicomotora utilizando metodologias ligadas à dançaterapia e movimento expressivo.

O indivíduo com deficiência motora que está em reabilitação devido à ocorrência de algum tipo de distúrbio neurológico pode estar afetado nos vários domínios do funcionamento da pessoa, nomeadamente ao nível das funções de atividade e participação, bem como ao nível dos fatores pessoais. De acordo com alguns autores, as patologias neurológicas, entre as quais as lesões medulares, os acidentes vasculares cerebrais (AVC's) e as doenças neuromusculares como a Esclerose múltipla, podem gerar alterações nos fatores pessoais do indivíduo, nomeadamente a nível da autoestima, nas relações interpessoais, e ao nível da satisfação com a vida surgindo, por vezes, pensamentos e sentimentos negativos sobre si próprio (Ellis-Hill & Horn, 2000; Guzman et al., 2012; Keleher, Dixon, Holliman, & Vodde, 2003; NSCIA, 2011; McCabe, McDonald, Deeks, Vowels, & Cobain, 1996; Hart, Fonareva, Merluzzi, & Mohr, 2005).

Segundo alguns estudos, os AVC's assim como lesões medulares têm um impacto negativo no autoconceito (Guzman, et al., 2012; NSCIA, 2011) registando-se uma diminuição da qualidade de vida percebida pelas pessoas (Hopman & Verner, 2003; Shin, Goo, Yu, Kim, & Yoon, 2012). Pode existir igualmente uma perturbação na funcionalidade do indivíduo devido à alteração das estruturas e funções do corpo, pelo que o papel do processo de reabilitação é primordial, no sentido à utilização de todos os meios necessários para reduzir o impacto das situações incapacitantes, com vista à obtenção de uma completa integração social da pessoa à sua nova condição de saúde.

Para auxiliar nesta completa integração podem estar incluídas várias terapias e intervenções psicomotoras, que ao otimizar o processo de reabilitação, promovem a integração biopsicossocial do indivíduo em reabilitação. As terapias expressivas

ligadas ao movimento são umas das metodologias utilizadas em Psicomotricidade (APP, 2012) podendo ser aplicadas em locais destinados à reabilitação, nas creches, em estabelecimentos clínicos, para prevenção de doenças e promoção da saúde. A Terapia Psicomotora é considerada como uma terapia orientada para o movimento e para o corpo, assemelhando-se em alguns aspetos à dançaterapia (Emck & Bosscher, 2010), uma vez que ambas fazem uso do movimento e das experiências vividas pelo corpo, para estimular o desenvolvimento psicossocial, diminuir os distúrbios psicológicos e comportamentais, aliviar sintomas psiquiátricos e diminuir o impacto destes sintomas na funcionalidade e participação da pessoa na sua vida diária (Berrol, 2006).

Devido à escassez de estudos relacionados com esta área, bem como à qualidade dos mesmos, torna-se pertinente a realização de mais investigações por forma a efetuar uma análise aprofundada de carácter científico dos efeitos deste tipo de intervenção, bem como validar e consolidar os resultados obtidos, razão pela qual, também se realiza esta investigação.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. O Processo de Reabilitação

O Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA), pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), está vocacionado para a reabilitação de pessoas com deficiência de predomínio físico, com multideficiência congénita e adquirida, de qualquer idade, provenientes de todo o País e de países estrangeiros (SCML, 2012). Tem como finalidades: reabilitar pessoas com incapacidade motora, do foro neurológico, ortopédico, cardiovascular, respiratório, bem como outras situações que originem incapacidade; promover a especialização de pessoal médico e de enfermagem, e preparação de pessoal técnico de especialização; contribuir para a investigação no domínio da Medicina de Reabilitação (SCML, 2012).

Está organizado em três serviços de internamento, de acordo com o grupo etário e regime de prestação dos cuidados, dispondo de um total de 144 camas para internamento, 18 delas destinadas exclusivamente a crianças e jovens. O CMRA recebe anualmente uma média de 500 utentes que se distribuem pelos serviços de internamento e pelo ambulatório (SCML, 2012). Os serviços de internamento que

recebem pessoas com idade igual ou superior a 18 anos são respetivamente o Serviço 1 e Serviço 3, ambos denominados: Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA).

Estes dois serviços admitem pessoas que sofreram de patologias de origem medular, como as lesões vertebro medulares (LVM), ou não medular, como os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), os Traumatismos Crânio-encefálicos (TCE), amputações, e síndromes neuromusculares. As LVM's, os AVC's, e os TCE's, são as situações mais frequentes que são admitidas neste centro. Em menor número são os casos do foro neurológico como o Síndrome de Guillain-Barré, Esclerose Múltipla, Tumores Cerebrais, Anóxias Cerebrais e Ataxias (SIGAH, 2013)

As pessoas que são admitidas para uma unidade de internamento possuem uma equipa multiprofissional de reabilitação que atua em várias áreas de intervenção, sendo constituída por: Médico Fisiatra; Enfermeiro de Reabilitação/Generalista; Fisioterapeuta; Terapeuta Ocupacional; Terapeuta da Fala; Psicólogo Clínico; Ortoprotésico; Dietista; Assistente Social; Animador Sociocultural. Cada área profissional define objetivos de intervenção planeando ações e atividades de reabilitação a desenvolver. O processo de reabilitação é constituído pelo conjunto de todos procedimentos desenvolvidos pela equipa, no sentido à integração física, psicológica, social, e profissional cada pessoa em reabilitação.

Para além de todos os procedimentos efetuados por esta equipa multidisciplinar, existem sessões abertas inseridas no âmbito das terapias de movimento expressivo, que devido aos seus componentes psicoterapêuticos, têm vindo a ser recomendadas como potenciadoras das ações de reabilitação, contribuindo a um maior sucesso do processo de reabilitação.

Contudo, até à data, não existiram estudos que validassem e que empiricamente verificassem o real impacto desta atividade, pelo que se propõe para este estudo, a implementação de um programa de intervenção psicomotora utilizando metodologias ligadas à dança-terapia e movimento expressivo, de forma a identificar os seus efeitos ao nível da independência funcional, autoconceito e bem-estar, num grupo de pessoas com deficiência motora, em processo de reabilitação no CMRA.

2. Funcionalidade, Autoconceito e Bem-Estar

De acordo com o modelo da Classificação Internacional para a Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) a funcionalidade é um termo que abrange todas as

funções do corpo, atividades e participação (OMS, 2004). Da mesma forma, a incapacidade reporta-se à disfunção no conjunto diverso dos níveis de deficiência, limitação da atividade ou restrição na participação, pelo que os termos, funcionalidade e incapacidade, estão interligados. Incapacidade corresponde assim, a um noção mais complexa e abrangente que reúne os níveis de limitações funcionais relacionados com a pessoa e o seu meio ambiente, deixando de se reportar apenas às limitações resultantes de uma deficiência (OMS, 2004). O termo independência funcional diz respeito ao grau de incapacidade e funcionalidade da pessoa, havendo a oportunidade a partir desta apreciação, de efetuar a avaliação dos resultados das intervenções na área de reabilitação (Lains, 1991).

Sendo o autoconceito um constructo multidimensional que é indicador de uma avaliação individual de desenvolvimento pessoal e social do indivíduo (Blanco, Olmo, Arbonès, & Bosch, 2004), este está relacionado com a imagem e a perceção que cada pessoa tem de si própria nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica (Vaz-Serra, 1986). O autoconceito desempenha um papel de grande importância a nível individual, visto que a este constructo ligam-se motivações, necessidades, atitudes, personalidades e de uma forma concreta, a relação que o ser humano estabelece com o meio ambiente (Vaz-Serra, 1986). Sendo autoconceito um constructo que é suscetível de mudanças consoante o indivíduo se encontre face a novos papéis, situações ou transições do decurso de vida (Demo, 1992), ele modifica-se de acordo com os padrões de interação com os outros, desenvolvendo-se novas capacidades cognitivas e intelectuais no confronto com as novas exigências e processos sociais (Demo, 1992). Nos casos em que a pessoa experimenta acontecimentos de vida, que provoquem alterações ao nível físico, cognitivo ou funcional (como é o caso dos acidentes vasculares, das lesões medulares ou dos traumatismos cranianos), há uma diminuição dos níveis de autoconceito (Ellis-Hill & Horn, 2000; Guzman, et al., 2012; NSCIA, 2011; Fragoso, Silva, & Finkelsztein, 2009).

Os níveis de bem-estar subjetivo podem igualmente estar alterados nas pessoas com distúrbios neurológicos (Whiteneck et al., 2004; Post, Kirchberger, Scheuringer, Wollaars, & Geyh, 2010; Clarke, 2003; McNulty, Livneh, & Wilson, 2004; Hart, et al., 2005). O conceito de bem-estar subjetivo é multidimensional integrando uma componente cognitiva, relativa aos juízos sobre a satisfação a vida, e uma componente afetiva que remete para as reações emocionais, sejam elas positivas ou negativas, face aos referidos juízos (Diener & Lucas, 2009; Diener & Lucas, 1999).

Este constructo reflete a forma como as pessoas pensam e sentem o decorrer das suas vidas, estando comumente associado ao conceito de felicidade (Lucas & Diener, 2009). A investigação no domínio do bem-estar subjetivo tem vindo a desenvolver-se progressivamente nas últimas décadas, estando primeiramente centrada nas variáveis circunstanciais do mesmo (sociodemográficas, acontecimentos e situações externas), passando a sua ênfase para nos processos psicológicos presentes nessa avaliação subjetiva (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

3. Psicomotricidade e Terapias Expressivas

As terapias expressivas, nas quais podem estar incluídas a dançaterapia, são utilizadas em diversas áreas da saúde (como a saúde mental, a reabilitação, nas creches, nos lares da terceira idade, entre outros) para prevenção de doenças e promoção da saúde (ADTA, 2009; APP, 2012). Segundo Payne (2006), a dançaterapia utiliza as características da exploração do movimento e das experiências do corpo da pessoa por forma a otimizar o processo terapêutico. De acordo com Goodill (2005), esta terapia quando aplicada em contextos clínicos, funciona sobretudo como uma intervenção de apoio psicossocial, sendo complementar aos tratamentos de medicina convencionais.

Segundo a ADTA (2009), a dançaterapia pode ser definida como o método psicoterapêutico que utiliza o movimento como um processo que promove a integração emocional, cognitiva, social e física do indivíduo. Sendo uma terapia de eleição no campo da saúde mental em conjunto com outras terapias (arte, música, poesia, psicodrama), tem como focos primários a doença mental, e os distúrbios comportamentais e do desenvolvimento (Goodill, 2005).

Pode também estar enquadrada no sistema geral de saúde enquanto modalidade relacionada com mente/corpo e abordagem de carácter criativo expressivo. Melson *in* Goodill (2005, p.31) considera a adequada esta terapia para populações com patologia, quando desenvolvida segundo cinco princípios intrínsecos: a integração da mente, corpo, emoção, criatividade e espiritualidade; a inclusão da relaxação, respiração e imaginário durante o processo terapêutico; o uso do toque, espelho, sincronia e empatia do corpo; a facilitação de novas formas de coping físico e emocional; e a promoção da cura emocional.

De acordo com Melson *in* Goodill (2005, p.31) a dançaterapia distingue-se de outras intervenções de carácter psicossocial nos cuidados de saúde pelas seguintes

características: incorpora o corpo no processo terapêutico; promove o estabelecimento ou restabelecimento de uma relação positiva entre a pessoa e o seu corpo; e utiliza a expressão do movimento criativo para promover a expressão de saúde.

Vários estudos têm sido desenvolvidos com pessoas com deficiências físicas e psicológicas, utilizando programas de intervenção aplicando metodologias relacionadas com dançaterapia e movimento expressivo, existindo referência que estes programas constituem uma mais-valia para o desenvolvimento físico, psicológico, e social destas pessoas (Strassel, Cherkin, Steuten, Sherman, & Vrijhoef, 2011). Outras Investigações apontam para que a dançaterapia tem potencial ao nível dos aspetos físicos e psicológicos, conduzindo a uma melhoria das relações sociais e qualidade de vida (Strassel, et al., 2011), nomeadamente em pessoas idosas (Kuhn, 2010; Krampe et al., 2010; McKinley et al., 2008), pessoas com demência (Hokkanen et al., 2008), pessoas com doença de Parkinson (Duncan & Earhart, 2012; Goodill, 2005), pessoas com Alzheimer (Goodill, 2005), na redução de índices de depressão (Akandere & Demir, 2011), em mulheres vítimas de trauma e abuso (Leseho & Maxwell, 2010), e síndrome de fadiga crónica (Blazquez, Guillamo, & Javierre, 2010).

Ainda segundo Gonçalves, Leão Junior, & Goobo (2011), a dançaterapia na pessoa com deficiência motora em reabilitação, permite a exteriorização de sentimentos e emoções, promovendo o autoconceito e o bem-estar na mesma. Nos casos de Síndrome Fibromialgia por exemplo, a dançaterapia quando utilizada isoladamente (ou seja, quando desinserida de um programa de tratamentos complementares) não é recomendada, mas quando aplicada em simultâneo com outros métodos de tratamento tem efeitos positivos no sono, na dor, no cansaço e na qualidade de vida sentida pela pessoa (Langhorst et al., 2012), o que complementa o referido por Goodill (2005) no que respeita à complementaridade desta terapia com outros tratamentos.

Contudo, existe autores que consideram que não existe evidências empíricas claras que assinalem os efeitos desta tipologia de terapia (Meekums, 2010), mas de acordo com Goodill (2005), nas últimas décadas têm surgido vários estudos que demonstram o sucesso desta terapia em adultos e crianças nas áreas da dor, da doença cardíaca, da doença pulmonar, do HIV (vírus de imunodeficiência humana), existindo cada vez mais evidências dos resultados positivos na área de reabilitação neurológica. As condições neurológicas mais investigadas são os traumatismos cranianos, lesões cerebrais, e lesões medulares.

Berrol & Katz (1985) formularam uma justificação racional da função da dançaterapia na reabilitação neurológica referindo que o movimento aumenta a receção cinestésica, propriocetiva, táctil e vestibular. Estas funções sensório-motores são cruciais para a reorganização cognitiva, física e emocional que estão perturbadas na patologia cerebral. Por outro lado, durante este período, o autoconceito e a compreensão de si mesma em relação ao mundo externo estão muito alteradas, pelo que o movimento vai facilitar e melhorar a integração mente corpo, fornecendo uma ferramenta poderosa para melhorar as funções do comando inferior do sistema nervoso e a sua integração com as operações cerebrais de comando superior. Assim, podemos concluir que a dançaterapia pode ter efeito na pessoa nas funções físicas, cognitivas, percepção de qualidade de vida entre outros fatores psicossociais, entre os quais o humor e a interação social (Berrol, Ooi, & Katz, 1997).

De acordo os autores Berrol & Katz (1985) a tipologia das sessões nas fases iniciais de reabilitação, devem ter uma abordagem mais diretiva, e à medida que as sessões avancem, os utentes vão assumindo mais iniciativa e responsabilidade. É importante que sejam incluídos exercícios cognitivos, com repetição, para estimular a memória em todo o trabalho desempenhado. Kier Wise *in* Goodill (2005) define que o âmbito do movimento nas sessões deve basear-se não na força ou destreza mas direcionado para o ajuste pessoal. O orientador deve ser um membro da equipa multidisciplinar, sendo plenamente capaz de promover os objetivos funcionais, como o reforço pelas atividades de vida diária, não se devendo restringir à mobilidade funcional, mas canalizar o movimento para a expressão e relaxação (Kier Wise *in* Goodill, 2005).

A música é um aspeto importante nas sessões de dançaterapia, sendo o seu uso recomendado nas populações com patologia neurológica (Goodill, 2005). Segundo Berrol (1992), o movimento rítmico é mediador dos sistemas cinestésico, propriocetivo auditivo, vestibular, e visual, podendo ser manipulado para fins terapêuticos. Este movimento rítmico pode intervir para organizar e/ou reorganizar os aspetos neurológicos da função cognitiva, emocional, e física, para a mudança de comportamento e melhorar o bem-estar.

Todos estes meios e ferramentas utilizados no processo de reabilitação, sejam eles de carácter expressivo ou não, estão sempre associados a um conceito amplo de saúde, a fim que a pessoa atinja os seus ideais físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos, sociais bem como funcionais, de forma a alcançar a sua independência e autodeterminação. A plena realização das ações de reabilitação deve abranger diversos campos complementares da saúde, a educação, a formação, o emprego, o

desporto, entre outros (Ministério da Saúde, 2005), devendo existir uma ligação entre o ambiente social e as necessidades dos indivíduos, de maneira a eliminar as barreiras sociais à participação, tanto a nível social como vocacional (UEMS, 2009).

OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo visa verificar se os participantes de um programa de intervenção psicomotora, aplicando metodologias ligadas à dançaterapia e ao movimento expressivo, apresentam melhorias ao nível dos fatores pessoais. Deste modo, define-se como objetivos deste estudo: proceder a uma caracterização sociodemográfica dos participantes selecionados; verificar se após a aplicação de um programa de intervenção psicomotora utilizando metodologias ligadas à dançaterapia e movimento expressivo, o grupo de participantes adultos com deficiência motora, se observam mudanças significativas ao nível da independência funcional, do autoconceito e percepção subjetiva do bem-estar; realizar a avaliação do programa de intervenção com base numa análise qualitativa por parte dos participantes.

Assim, espera-se que a aplicação deste programa inserido num plano de reabilitação pluridisciplinar, favorecerá mudanças significativas a nível da funcionalidade, autoconceito e percepção subjetiva do bem-estar no grupo experimental em comparação com o grupo de controlo, de utentes com deficiência motora.

Definem-se como variáveis em estudo as variáveis dependentes que são respectivamente: a medida de independência funcional; a medida de autoconceito; e a medida da percepção subjetiva do bem-estar. E a variável independente, que constitui o programa de intervenção psicomotora, utilizando metodologias ligadas à dançaterapia e movimento expressivo.

METODOLOGIA

1. Participantes

Os sujeitos em estudo foram constituídos por 30 utentes, adultos (idade superior a 18 anos), com patologia neurológica, que entre abril e agosto de 2012 estavam em processo de reabilitação no CMRA. Os participantes foram divididos em dois grupos, em que um constituiu o grupo experimental e o outro, o grupo de controlo. Foi definido

que o número de participantes em cada um dos grupos (experimental e de controlo) seria entre 15 a 20 utentes, tendo sido os grupos seleccionados por conveniência.

A seleção dos participantes foi realizada em várias etapas: foram contactados os quatro serviços, respetivos diretores e enfermeiros chefes por forma a divulgar a investigação, e obter a sua permissão para a colaboração no estudo. De acordo com os procedimentos institucionais foi necessário obter autorização prévia dos médicos responsáveis de cada serviço para posteriormente solicitar a participação do programa de intervenção psicomotora. Não existindo qualquer contra indicação médica para a participação nesta intervenção foi feita uma divulgação a todos os utentes em regime de internamento do CMRA, falando pessoalmente e convidando-os à sua participação nesta iniciativa.

O grupo experimental foi aquele que para além de ter tido um programa pluridisciplinar e multidisciplinar de reabilitação, usufruiu igualmente de um programa de intervenção psicomotora utilizando metodologias ligadas à dançaterapia e movimento expressivo. O grupo de controlo possuiu somente o programa de reabilitação pluridisciplinar preconizado a todos os utentes em regime de internamento do CMRA.

Dado que o CMRA acolhe geralmente pessoas que sofreram patologias do foro neurológico, de origem traumática ou adquirida, nomeadamente traumatismos crânio-encefálicos, acidentes vasculares cerebrais, lesões medulares, amputados, doenças neuromusculares, entre outras, os participantes do estudo incluíram pessoas com algumas destas patologias, tendo como critério de seleção: nível de incapacidade motora; nível de compreensão cognitiva; internamento no CMRA a partir de 1 de março de 2012; duração de pelo menos 1 mês e meio a 2 meses de internamento; aceitação para a participação no estudo e no programa de intervenção pelos médicos responsáveis e pelo próprio; possibilidade de participar nas sessões de movimento expressivo de acordo com os horários de tratamentos; e participação em pelo menos 8 sessões do programa de intervenção implementado.

Os critérios de exclusão foram: utentes com tetraplegias, com quadros neuromotores muito severos; e utentes com alterações cognitivas (ex. afasias de compreensão), ou com desorientação do tempo, espaço ou pessoa. Contudo, estes utentes foram convidados a participar em sessões do programa de intervenção.

O grupo experimental foi constituído pelas pessoas que aceitavam e manifestaram vontade em participar nas sessões do programa de intervenção e que reuniam os

critérios de seleção. As pessoas que por impossibilidade de participar nas sessões, ou por não-aceitação na participação do programa de intervenção psicomotora, foram aquelas que constituíram o grupo de controlo.

2. Instrumentos de avaliação

Para descrever a caracterização sociodemográfica dos participantes foram selecionados as seguintes variáveis: género; idade; diagnóstico clínico; estado civil; nível de habilitações; atividade física anterior ao internamento; o início da incapacidade motora; data de admissão; data de alta hospitalar; média de dias de internamento; a data de início e de fim do programa de intervenção; e número de sessões do programa de intervenção. Foi construída uma tabela para reunir toda esta informação (Anexo 7).

Para a avaliar o nível de independência funcional foi utilizada a escala WHODAS (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*) que avalia a saúde e funcionalidade baseando-se no modelo da CIF (Garin et al., 2010; Stegmann et al., 2010). A WHODAS é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para avaliar as limitações nas atividades e restrições da participação em seis domínios: cognição, mobilidade, auto cuidado, relações interpessoais, atividades diárias e participação (Garin, et al., 2010). Tem-se mostrado útil para avaliar a saúde e os níveis de funcionalidade de uma forma uniformizada na população geral e em grupos específicos (como pessoas com alterações das condições físicas e mentais) e em diferentes culturas (Ustun, Kostanjsek, Chatterji, Rehm, & Organization, 2010). A versão de 12 itens do WHODAS 2.0 (Anexo 1) é a versão mais curta, sendo a escolhida para a avaliação da funcionalidade global de cada sujeito selecionado. Foi validado e adaptado para a população portuguesa por Ribeiro (2010) e Moreira (2011), apresentando boas propriedades psicométricas, com valores 0,85 de consistência interna no estudo Moreira (2011) para uma amostra de 234 indivíduos. Neste estudo foi efetuada também esta análise (tabela 1), tendo-se verificado valor 0,892, o que indica uma boa consistência interna deste instrumento.

Tabela 1 - WHODAS

	Alpha de	Nº de
	Cronbach	Itens
Limitações nas actividades	,892	12

Para a avaliação do autoconceito foi utilizado o Inventário Clínico do Autoconceito (ICAC), validado e adaptado para a população portuguesa por Vaz Serra (1986) (Anexo 2). É uma escala que avalia globalmente o ajustamento pessoal, nomeadamente os aspetos emocionais e sociais do autoconceito. É composto por 20 itens que são respondidos numa escala tipo *Likert* com cinco alternativas de resposta (1= não concordo, 5= concordo muitíssimo). Na análise dos componentes principais verificou-se a presença de seis fatores, dos quais quatro estão claramente definidos, que Vaz-Serra (1986) estruturou como: fator 1, domínio *aceitação/rejeição Social*, que poderá indicar tanto a aceitação e agrado, como rejeição e desagrado; fator 2, domínio *auto eficácia*, que realçam aspetos de enfrentar e resolver problemas e dificuldades; fator 3, domínio de *maturidade psicológica*, pelas características dos itens, pois indicam o grau de responsabilidade pessoal; fator 4, domínio de *impulsividade/atividade*.

Este instrumento tem uma boa consistência interna, cerca de 0,783 (tabela 2) no autoconceito total para a nossa amostra de 30 elementos, muito semelhante à encontrada por Vaz-Serra (1986) no seu estudo, sendo aqui de 0,791 para 920 elementos da amostra, revelando uma boa consistência interna e estabilidade temporal. A validade foi evidenciada no decurso do processo original da construção do inventário, sendo considerada positiva e altamente significativa, o que sugere uma boa validade de constructo (Vaz-Serra, 1986).

Tabela 2 – Autoconceito (ICAC)

	Alpha de Cronbach	Nº de Itens
Aceitação/Rejeição Social	,626	5
Auto-Eficácia	,665	6
Maturidade Psicológica	,675	4
Impulsividade-Atividade	,681	3
Autoconceito total	,783	20

Para avaliar o bem-estar subjetivo da pessoa, foi utilizada a *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) que foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Fonseca *in* Dias et al. (2008) e por Neto (1993). A SWLS (Anexo 3) foi desenvolvida para avaliar a componente cognitiva do bem-estar psicológico (como a satisfação global com a vida) sendo constituída por cinco itens respondidos numa escala tipo *Likert* que varia entre 1 (*Nada satisfeito com a minha vida*) e 7 (*Muito satisfeito com a minha vida*) (Dias, et al., 2008). Resultados mais elevados indicam níveis mais elevados de satisfação. Na

versão utilizada no presente estudo, a escala de resposta varia entre 1 a 5, e não de 1 a 7 como na escala original, igualmente como já foi aplicada com outros autores como Dias, et al. (2008). Foi realizada a análise da consistência interna deste instrumento, tendo-se verificado um valor de 0,723 (tabela 3), o que indica uma razoável consistência interna, um pouco inferior à encontrada no estudo de Dias et al. (2008) que foi de 0,80 para uma amostra de 2284 elementos.

Tabela 3 – Satisfação com a vida (SWLS)

	Alpha de Cronbach	Nº de Itens
Satisfação com a vida	,723	5

A classificação dos valores de consistência interna dos instrumentos utilizados neste estudo segue o referenciado de Magalhães & Hill (2005).

A avaliação qualitativa do programa de intervenção psicomotora, foi realizada por meio de um questionário individual, entregue no momento da alta hospitalar, a cada elemento do grupo experimental, que abordava um conjunto de perguntas sucintas (Anexo 5), descreviam resumidamente: como se sentiram de forma geral durante as sessões e com o grupo; os aspetos positivos das sessões; que benefícios obtiveram deste programa; se contribuiu para o seu bem-estar; aspectos que gostariam que tivessem sido diferentes; se continuariam com as sessões após a alta e porquê; e sugestões ou algo mais a acrescentar.

3. Procedimentos

Para a operacionalização do presente estudo, foi contactado o conselho de administração do CMRA, tendo-se submetido o pedido de autorização institucional, com a apresentação do projeto de investigação, para a realização deste estudo. O pedido foi feito em Outubro de 2011 obtendo-se a resposta positiva para a realização da investigação em meados de Fevereiro de 2012. Obtida a autorização foram contactados os diretores de cada unidade de internamento e respetivos enfermeiros chefes, por forma a seleccionar os participantes do estudo e divulgar os procedimentos da investigação. Foi colocada em cada unidade de internamento uma folha que relatava resumidamente as características do estudo (Anexo 6) para que todos os membros da equipa de internamento tivessem conhecimento da investigação.

Após a apresentação do estudo com os elementos que dirigem o serviço, foram reunidos os participantes de acordo com os critérios de seleção estabelecidos e agendado o início do programa, que principiou a 16 de abril de 2012 e terminou a 8 de agosto do mesmo ano. Durante este período, iam sendo incluídos mais participantes, uma vez que há uma grande rotatividade de utentes nas unidades de internamento (ou seja, à medida que alguns utentes iam sendo internados, outros tinham alta).

Às pessoas que aceitaram participar na investigação, foi solicitada a sua autorização para a participação e recolha de dados através da folha de Consentimento Informado (Anexo 4). Todos os participantes assinaram, tendo sido dadas todas as informações relativas às características do estudo, sua finalidade, e instrumentos de avaliação que seriam utilizados. Salientou-se que todos os participantes poderiam retirar o seu consentimento a qualquer momento durante o período de estudo sendo assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

Antes de se iniciar a recolha de dados, foi realizado um pré-teste num conjunto de 5 pessoas de acordo com os critérios de seleção dos participantes, das escalas de autoconceito, bem-estar, independência funcional, e o questionário de avaliação do programa de intervenção por forma a verificar a clareza das questões solicitadas, não se registando falhas e dúvidas nos questionários pedidos.

Nos dois grupos procedeu-se à recolha de dados relativa aos níveis de independência funcional, autoconceito e bem-estar, em dois momentos, no início e no fim do internamento. Os participantes do estudo preencheram os questionários, tendo surgido alguns casos em que foram ajudados a preencher por terem dificuldades em escrever devido às suas limitações motoras. As escalas de autoconceito, bem-estar e independência funcional demoravam ao todo aproximadamente cerca de 20/25 minutos a preencher, e o questionário de avaliação do programa cerca de 15 minutos.

4. Programa de Intervenção Psicomotora

O programa de intervenção foi baseado nos métodos propostos por autoras como Darian Halprin (Halprin, 1999) e Helen Payne (Payne, 2006), ligados à dançaterapia e movimento expressivo. Os objetivos gerais do programa foram definidos da seguinte forma:

- Promover o desenvolvimento dos fatores pessoais como a autoestima, autoconceito, e perceção subjetiva do bem-estar na pessoa em reabilitação;

- Promover a mobilidade, melhorando assim a independência funcional e autonomia da pessoa nas atividades de vida;
- Ser veículo de mudanças psicológicas (melhor autoestima e maior motivação) no sentido a uma melhor adaptação biopsicossocial da pessoa com deficiência motora;
- Promover a expressão corporal por meio do movimento;
- Promover a expressão verbal e não-verbal de ideias, sentimentos e desejos;
- Desenvolver a expressão individual e grupal, promovendo as relações interpessoais e afetivas entre os membros do grupo;
- Desenvolver a criatividade e expressividade corporal;
- Amenizar o impacto do internamento e a desinserção da pessoa do seu meio familiar;

As sessões desenvolviam-se em cinco etapas:

- Primeira etapa realizava o “aquecimento”: com os participantes dispostos em círculo, o orientador fazia movimentos e esperava que os participantes o imitassem. Aqui existiam mobilizações ativas dos vários segmentos corporais, havendo diferenciação dos segmentos nas regiões acima da cintura (cabeça, ombros, tronco, braços, e mãos). Esta fase era acompanhada com músicas variadas tendo num total uma duração de 5 minutos. Músicas utilizadas: “*Adiemus*”, “*Orinoco Flow*”, “*Caribbean*” de Enya; “*Cante e Dance*” de Pink Martini; “*Diferente*” de Gotan Project; “*Alma Mater*” (Pedro Joia) de Rodrigo Leão;
- Segunda etapa que se denomina “exploração”, o orientador colocava várias músicas com diferentes ritmos, e os participantes moviam-se livremente pela sala conforme sentiam o ritmo da música, com auxílio da cadeira de rodas, ou com ajuda de voluntários, amigos ou familiares, sendo incentivado que se libertassem, e explorassem o maior número de movimentos que conseguissem; nesta fase os participantes podiam juntar-se a pares ou em grupos e dançavam da forma que quisessem. Esta etapa tinha uma duração de 15 minutos, e as músicas utilizadas foram: “*Mas Que Nada*” do álbum da banda sonora do filme *Rio*; “*La valse d’Amélie*” da música do álbum da banda sonora do filme *Amélie*; “*Party Preparations*”, música do álbum banda sonora do filme *Chocolate*; “*Pédoname*” de Paplo Alborán e Carminho; “*Sexta-Feira (Emprego Bom Já)*” de Boss AC; “*Born To Be*” Alive de Patrick Hernandez; “*Stayin’ Alive*” e “*You Sould Be Dancing*” dos Bee Gees; “*Rock Around The Clock*” dos The

Knights; “*Tutti Frutti*” dos Penniman; “Great Balls of Fire” de A. Blackwell. Em algumas sessões fez-se jogos de grupo - num dos jogos os participantes estavam dispostos em círculo, e cada um começava a fazer um movimento e os outros tinham de imitar, depois passava o momento a outro, até que todos os elementos tivessem um momento a “solo” em que criavam uma sequência de movimentos, que a assistência tinha de imitar; outro jogo de grupo realizado foi o jogo dos “nomes”, em que cada pessoa tinha de criar um movimento que associasse ao seu nome tendo-o de mostrar ao resto do grupo, e o grupo imitava-o; todos os elementos mostravam um movimento e associavam-no ao seu nome, tendo o grupo de memorizar tanto o nome como o movimento;

- Terceira parte consistia na etapa “coreográfica”: o orientador propunha uma pequena sequência de movimentos (coreografia) com uma música predefinida, e era praticado várias vezes, tendo ao todo uma duração em média de 20/30 minutos; foram criadas duas coreografias com as músicas “*Velho Anjo*” de Ana Moura e “*Danza Kuduro*” de Don Omar, Lucenzo, Daddy Yankee e Arcangel;
- Quarta etapa consistia na etapa da “relaxação”: com os participantes dispostos em círculo fazia-se movimentos ativos lentos, com movimentos de alongamento (da cabeça, braços e mãos) acompanhado de uma música; efetuava-se igualmente exercícios respiratórios, de inspirações e expirações profundas, por forma a favorecer o relaxamento; esta etapa tinha uma duração de 5 minutos e as músicas utilizadas foram: “*May it Be*”, “*If I Could Be Where you are*”, “*Semiregusa*”, e “*Only time*” de Enya; “*In the Arms of Angel*” the Sarah McLachlan; “*Now We Free*” da banda sonora do filme “Gladiador”;
- Quinta etapa consistia na “partilha”: era realizado uma conversa informal entre os participantes, por forma a partilhar experiências e sentimentos que surgiam ao longo da sessão. Era questionado aos participantes como se tinham sentido durante a sessão, se tinha sido positivo ou negativo, algo que gostassem de partilhar; o orientador geralmente começava e depois o resto do grupo continuava. Este momento era uma oportunidade para os participantes conversarem entre si, ou falarem para o grupo, expondo aspetos da sua vida, ou as inquietações que os apoquentavam, questões, novidades ou alterações do seu processo de reabilitação, a partilha de momento de felicidade como o aniversário de alguém, o regresso a casa, entre outros aspetos. Este momento ocorreu esporadicamente no início das sessões quando alguém tomava a iniciativa de falar para o grupo alguma razão pessoal (exemplo: quando era a última sessão que vinha e queria manifestar algumas ideias e sentimentos).

Em todas as etapas eram dados reforços positivos pelo desempenho do grupo, sendo corrigida a técnica dos movimentos efetuados, no sentido a um melhor controlo e coordenação de movimentos. Era estimulada a comunicação e interação entre o grupo através dos jogos e dos momentos de partilha.

O programa de intervenção foi realizado de 16 de abril de 2012 a 8 de agosto do mesmo ano, tendo uma duração aproximada de quatro meses, com um total de trinta e uma sessões. Efetuaram-se duas sessões por semana, realizadas às segundas e quartas-feiras, com uma duração de uma hora e quinze minutos cada. Em cada sessão estavam presentes entre 12 a 18 pessoas, sendo que algumas pertenciam ao grupo experimental, enquanto outras eram familiares dos utentes, amigos, voluntários, e pontualmente outros utentes que vinham ao CMRA para tratamento ambulatorio.

Desta forma, poderiam participar igualmente nas sessões do programa de intervenção, outras pessoas que não pertencessem ao grupo experimental. É de realçar que durante este período houve rotatividade de participantes, visto alguns terem alta hospitalar e outros iniciarem o seu internamento, pelo que não existiu ao longo das sessões sempre o mesmo número de participantes. Durante todo o programa de intervenção não foram reportadas quaisquer lesões ou efeitos adversos devido à participação no programa.

5. Tratamento Estatístico

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20 para *Windows*. Quando se comparou os valores no início e no final do programa usou-se o teste *t-Student* para amostras emparelhadas (Marôco, 2011). Para comparar o grupo experimental com o grupo de controlo utilizou-se o teste *t-Student* para amostras independentes. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de *Kolmogorov-Smirnov* e teste de *Levene*. Nos casos em que este pressuposto não se encontrava satisfeito substitui-se o teste *t-Student* para amostras emparelhadas pela sua alternativa não paramétrica o teste de *Wilcoxon* e o teste *t-Student* para amostras independentes pelo teste de *Mann-Whitney* (Marôco, 2011).

Para a análise dos dados relativos à avaliação qualitativa do programa de intervenção foi adotada a metodologia de análise de conteúdo, sendo sido transformadas as

respostas do grupo experimental em unidades, e seguidamente formada a categorização destas unidades (Guerra, 2006).

APRESENTAÇÃO DE DADOS

1. Caracterização dos Participantes

Colaboraram na investigação 30 sujeitos, dos quais 15 pertencem ao grupo experimental e 15 ao grupo de controlo. Foram escolhidas as seguintes variáveis para a caracterização dos participantes: género; diagnóstico clínico; idade; estado civil; nível de habilitações; desenvolvimento de alguma atividade física anterior ao internamento; o início da incapacidade motora; a data de admissão; a data de alta hospitalar; a média de dias de internamento; a data de início e de fim do programa de intervenção; e número de sessões.

Em termos de distribuição por género (tabela 4), existe uma proporção ligeiramente mais elevada de sujeitos do género feminino no grupo de controlo (80% versus 73%), sendo que a diferença não é estatisticamente significativa. Foi utilizado o método estatístico teste do Qui-Quadrado (χ^2), pois estamos a verificar se o grupo de controlo e grupo experimental diferem em termos de distribuição do género, sendo esta variável do tipo qualitativa (Marôco, 2011). Verificou-se então que o $\chi^2 (1) = 0,186$, $p=0,666$, sendo $p > 0,05$ logo, não há diferenças significativas na proporção género nos dois grupos.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes em função do género

	G. Controlo		G. Experimental	
	Freq.	%	Freq.	%
Masculino	3	20,0	4	27,0
Feminino	12	80,0	11	73,0
Total	15	100,0	15	100,0

Relativamente à média de idades (tabela 5), no grupo experimental a média é de 48,8 anos ($dp=14,7$) e a do grupo de controlo de 48,2 anos ($dp=14,1$). A diferença não é estatisticamente significativa, $t(28) = -0,114$, $p=0,910$. Utilizou-se aqui o teste *t-Student* uma vez que estamos a comparar uma variável dependente (a idade) em

duas populações (grupo de controlo e grupo experimental). Deste modo, os grupos podem ser considerados equivalentes em termos etários.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes em função da idade

	G. Controlo		G. Experimental	
	Freq.	%	Freq.	%
Até aos 30 anos	1	6,7	1	6,7
Dos 31 aos 40 anos	4	26,7	4	26,7
Dos 41 aos 50 anos	4	26,7	5	33,3
Dos 51 aos 60 anos	3	20,0	1	6,7
Maiores de 60 anos	3	20,0	4	26,7
Total	15	100,0	15	100,0

Em relação ao estado matrimonial (tabela 6), há uma maioria de casados quer no grupo experimental (60%) quer no grupo de controlo (67,0%), seguindo-se depois os que nunca foram casados, com idêntica proporção em ambos os grupos (20%). Os grupos podem ser considerados equivalentes em termos de estado civil, pois $\chi^2 (3) = 2,386$, $p=0,496$. Estando a comparar dois grupos numa variável qualitativa, usou-se o teste do Qui-Quadrado (χ^2) para verificar a diferença nesta variável nos dois grupos.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes em função do estado matrimonial

	G. Controlo		G. Experimental	
	Freq.	%	Freq.	%
Nunca foi casado	3	20,0	3	20,0
Casado/Coabitação	9	60,0	10	66,7
Separado/divorciado	1	6,7	2	13,3
Viúvo	2	13,3		
Total	15	100,0	15	100,0

No que se refere às habilitações académicas (tabela 7), no grupo de controlo há uma maioria de sujeitos com habilitações ao nível do ensino básico, cerca 54%, e 20% com habilitações de nível superior, como se constata no gráfico 4. Apesar da diferença, os dois grupos podem no entanto ser considerados equivalentes, pois $\chi^2 (3) = 1,200$, $p=0,753$. Novamente utilizou-se o teste do Qui-Quadrado uma vez que o estado matrimonial é uma variável tipo qualitativa.

Tabela 7 – Distribuição dos participantes em função das habilitações académicas

	G. Controlo		G. Experimental	
	Freq.	%	Freq.	%
Básico	9	60,0	9	60,0
Secundário	2	13,0	3	20,0
Superior	3	20,0	3	20,0
Total	15	100,0	15	100,0

Em relação ao desenvolvimento de algum tipo de atividade física anteriormente ao internamento ou à doença (tabela 8), verifica-se 33,3% dos sujeitos do grupo de controlo e 40% do grupo experimental desenvolveu anteriormente algum tipo de atividade física, não sendo a diferença estatisticamente significativa $\chi^2 (1) = 0,144$, $p = 0,705$.

Tabela 8 – Atividade física anterior

	G. Controlo		G. Experimental	
	Freq.	%	Freq.	%
Sim	5	33,3	6	40,0
Não	10	66,7	9	60,0
Total	15	100,0	15	100,0

No que respeita à análise da situação profissional, os dados indicam-nos uma maioria de assalariados no grupo experimental (60%), enquanto no grupo de controlo, esta proporção desce para 33,3%. Pode-se verificar na tabela 9, que uma percentagem elevada no grupo de controlo está desempregada por motivos de saúde (cerca de 26,7%).

Tabela 9 – Distribuição dos participantes em função da situação profissional

	G. Controlo		G. Experimental	
	Freq.	%	Freq.	%
Emprego assalariado	5	33,3	9	60,0
Trabalho por conta própria	2	13,3	1	6,7
Doméstica/dona de casa	2	13,3	1	6,7
Aposentado	1	6,7	2	13,3
Desempregado por razão de saúde	4	26,7	2	13,3
Outra	1	6,7		
Total	15	100,0	15	100,0

Relativamente aos diagnósticos dos participantes, constata-se que existe maior número de casos de AVC no grupo de controlo, enquanto no grupo experimental há mais diagnósticos variados (46,7%), conforme se pode visualizar na tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição dos participantes em função do diagnóstico

	G. Controlo		G. Experimental	
	Freq.	%	Freq.	%
AVC	6	40,0	4	26,7
LVM	2	13,3	4	26,7
EM	3	20,0	--	--
Outras	4	26,7	7	46,7
Total	15	100,0	15	100,0

De entre os diagnósticos variados pode-se referir que no grupo de controlo existiu: 1 caso de Ataxia de Friedreich; 1 caso de Osteogénese imperfeita; 1 caso de Bi-amputação devido a politraumatismo; e 1 caso de Síndrome de Guillian-Barré. No grupo experimental existiu: 1 caso de lesão ocupante de espaço; 1 caso de polineuropatia axonal motora; 1 caso de Mielite Transversa; 1 caso de choque séptico tendo várias amputações; um caso de Meningioma; um caso de Mielite halomedular; e um caso de Seringomielia.

Relativamente à distribuição dos participantes em função início da incapacidade motora (tabela 11), constatou-se que 40% dos sujeitos têm incapacidade há cerca de 1 ano, e no grupo experimental esta proporção aumenta para 73%.

Tabela 11 – Distribuição dos participantes em função do início da incapacidade motora

	G. Controlo		G. Experimental	
	Freq.	%	Freq.	%
Até 1 ano	6	40,0	11	73,3
1-5 anos	4	26,7	2	13,3
> 5 anos	5	33,3	2	13,3
Total	15	100,0	15	100,0

No que respeita à data de admissão dos sujeitos (tabela 12) verifica-se que a maioria das admissões ocorreu em março/abril para os sujeitos do grupo de controlo (80%) e em maio/junho para os sujeitos do grupo experimental (53,3%).

Tabela 12 – Distribuição dos sujeitos em função da data de admissão

	G. Controle		G. Experimental	
	Freq.	%	Freq.	%
Março/Abril	12	80,0	7	46,7
Maio/Junho	3	20,0	8	53,3
Total	15	100,0	15	100,0

No que se refere ao período de alta, verifica-se que o período ocorreu com maior frequência no mês de junho para os sujeitos do grupo de controle (40%) e em agosto para os sujeitos do grupo experimental (40%), como indica a tabela 13.

Tabela 13 – Distribuição dos sujeitos em função do mês em que aconteceu a alta

	G. Controle		G. Experimental	
	Freq.	%	Freq.	%
Maio	5	33,3	2	13,3
Junho	6	40,0	4	26,7
Julho	1	6,7	3	20,0
Agosto	3	20,0	6	40,0
Total	15	100,0	15	100,0

Relativamente à média de dias de internamento (tabela 14), verifica-se que foi de 72 dias para o grupo de controle e de 59 dias para o grupo experimental.

Tabela 14 – Médias de dias de internamento

	Média	Desvio padrão(dp)
Grupo control	72,53	13,378
Grupo experimental	59,53	11,507

A distribuição dos elementos do grupo experimental por meses em que iniciaram e finalizaram o programa de intervenção pode ser analisada na tabela 15 e 16. Pode-se constatar que a maioria dos sujeitos iniciou o programa em junho de 2012 (60%) e terminou em agosto de 2012 (40%).

Tabela 15 – Início do programa de intervenção

	G. Experimental	
	Freq.	%
Abril	5	33,3
Maio	1	6,7
Junho	9	60,0
Total	15	100,0

Tabela 16 – Fim do programa de intervenção

	G. Experimental	
	Freq.	%
Maio	2	13,3
Junho	4	26,7
Julho	3	20,0
Agosto	6	40,0
Total	15	100,0

Relativamente ao número de sessões que os sujeitos do grupo experimental tiveram (tabela 17), verifica-se que quase metade dos elementos teve mais de 12 sessões (46,7%).

Tabela 17 – Número de sessões do programa de intervenção

	G. Experimental	
	Freq.	%
8 sessões	4	26,7
8-12 sessões	4	26,7
> 12 sessões	7	46,7
Total	15	100,0

2. Resultados

Nos dados relativos ao autoconceito, os valores no início do programa indicam diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo, não sendo contudo, valores estatisticamente significativos (tabela 18).

Tabela 18 – Autoconceito no início do programa: GC e GE

	G. Controlo		G. Experimental		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Aceitação/Rejeição Social	18,00	2,33	18,40	2,90	,680
Auto-Eficácia	22,80	4,36	22,93	3,08	,924
Maturidade Psicológica	14,60	2,56	15,27	2,43	,471
Impulsividade-Atividade	12,00	1,93	11,27	1,91	,304
Autoconceito total	69,47	6,73	68,47	7,50	,704

Comparando os valores de autoconceito no início e no fim do programa, pode-se encontrar diferenças estatisticamente significativas (tabela 19):

Tabela 19 – Evolução do Autoconceito

	Início do programa		Fim do programa		
	M	Dp	M	Dp	Sig.
Grupo experimental					
Aceitação/Rejeição Social	18,40	2,90	19,47	3,34	,217
Auto Eficácia	22,93	3,08	24,13	3,42	,191
Maturidade Psicológica	15,27	2,43	16,33	2,50	,076**
Impulsividade-Atividade	11,27	1,91	12,13	2,00	,160
Autoconceito total	68,47	7,50	71,60	8,98	,173
Grupo controlo					
Aceitação/Rejeição Social	18,00	2,33	16,40	2,75	,033*
Auto-Eficácia	22,80	4,36	21,53	3,44	,078*
Maturidade Psicológica	14,60	2,56	14,80	2,31	,677
Impulsividade-Atividade	12,00	1,93	11,27	1,44	,181
Autoconceito total	69,47	6,74	66,20	8,70	,126

* $p \leq 0,10$ ** $p \leq 0,05$

No grupo experimental pode-se verificar que no domínio da *Maturidade Psicológica*, os sujeitos apresentaram maiores níveis de maturidade psicológica no fim do programa de intervenção (16,33 versus 15,27). Utilizou-se como método estatístico o *t-Student*, tendo como valores $t(14) = -1,918$, $p = 0,076$.

No grupo de controlo constata-se que nos domínios de *Aceitação/Rejeição social* e *Autoeficácia* há uma diminuição dos níveis, contrariamente ao que seria de esperar. No domínio da *Aceitação/Rejeição Social* tem-se como valores $t(14) = 2,371$, $p = 0,033$. No domínio da *Autoeficácia* $t(14) = 2,371$, $p = 0,078$. Se analisarmos os níveis de autoconceito total pode-se constatar que estes são ligeiramente mais baixos no 2º momento de avaliação (69,47 versus 66,20), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

No segundo momento de avaliação dos sujeitos, verifica-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas nos valores de autoconceito:

Tabela 20 – Autoconceito no 2º momento de avaliação: GC e GE

	G. Controlo		G. Experimental		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Aceitação/Rejeição Social	16,40	2,75	19,47	3,34	,010**
Auto-Eficácia	21,53	3,44	24,13	3,41	,047**
Maturidade Psicológica	14,80	2,31	16,33	2,50	,092*
Impulsividade-Atividade	11,27	1,44	12,13	2,00	,183
Autoconceito total	66,20	8,70	71,60	8,98	,106

* $p \leq 0,10$ ** $p \leq 0,05$

Com base nos dados apresentados (tabela 20) verifica-se que: no domínio de *Aceitação/Rejeição Social*, para $t(28) = -2,749$, $p = 0,010$; no domínio de *Autoeficácia*, para $t(28) = -2,076$, $p = 0,047$; e no domínio *Maturidade Psicológica* para $t(28) = -1,747$, $p = 0,092$, o que permite concluir que nestes domínios o grupo experimental apresentou valores significativamente mais elevados no momento da alta hospitalar, sendo com maior expressão no domínio de *Autoeficácia* e *Aceitação/Rejeição Social*.

No que respeita aos níveis de funcionalidade avaliado pelo instrumento WHODAS, pode-se constatar os seguintes resultados:

Tabela 21 – Limitações nas atividades no início do programa: GC e GE

	G. Controlo		G. Experimental		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Limitações nas atividades	38,15	12,81	39,79	11,15	,726

No início do programa, o grupo experimental apresenta valores mais elevados (39,79 versus 38,15), contudo as diferenças não são estatisticamente significativas, $t(25) = 0,354$, $p = 0,726$. No 2º momento avaliação encontrou-se diferenças estatisticamente significativas nos valores de limitação à atividade:

Tabela 22 – Evolução das limitações nas atividades

	Início do programa		Fim do programa		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Grupo experimental					
Limitações nas atividades	39,79	11,15	21,57	7,03	,000*
Grupo controlo					
Limitações nas atividades	38.15	12.81	26.08	6.95	.003*

No grupo experimental constatou-se que os valores são significativamente mais baixos no 2º momento de avaliação (21,57 versus 39,79), o que significa menos restrições à atividade, logo maior funcionalidade, $t(13) = 7,328$, $p = 0,000$. No grupo de controlo verifica-se igualmente valores mais baixos no 2º momento de avaliação (26,08 versus 38,15), logo menos dificuldade à atividade, $t(12) = 3,642$, $p = 0,003$. Em dois casos no grupo de controlo e um caso do grupo experimental não foi possível a avaliação da WHODAS, pelo que os valores são respetivamente $t(12)$ e $t(13)$.

No 2º momento de avaliação (tabela 23), o grupo experimental apresenta valores mais baixos (21,57 versus 26,08), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, $t(25) = 1,672$, $p = 0,107$.

Tabela 23 – Limitações nas atividades no 2º momento de avaliação: GC e GE

	G. Controlo		G. Experimental		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Limitações nas atividades	26,08	6,95	21,57	7,03	,107

Relativamente aos dados dos níveis de Satisfação com a Vida (SWLS), no início do programa (tabela 24), o grupo experimental apresenta valores mais elevados (15,40 versus 14,80) embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, $t(28) = -0,350$, $p = 0,729$.

Tabela 24 – Satisfação com a vida no início do programa: GC versus GE

	G. Controlo		G. Experimental		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Satisfação com a vida	14,80	4,60	15,40	4,77	0,729

Comparando os dados no primeiro e segundo momento de avaliação pode-se constatar diferenças estatisticamente significativas nos níveis de satisfação com a vida.

Tabela 25 – Evolução dos níveis de Satisfação com a vida

	Início		Fim		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Grupo experimental					
Satisfação com a vida a)	15,40	4,77	17,93	6,02	,049*
Grupo controlo					
Satisfação com a vida	14,80	4,60	14,47	4,68	,841

* $p \leq 0,05$ a) significância do teste de Wilcoxon

Consegue-se observar que no grupo experimental, os níveis de satisfação com a vida são significativamente mais elevados no fim do programa de intervenção, $Z = 1,969$, $p = 0,04$. Neste caso, como o pressuposto de normalidade não se encontrava satisfeito, teve-se de substituir o teste *t-Student* para amostras emparelhadas pela sua alternativa não paramétrica, o teste de Wilcoxon.

No segundo momento de avaliação (tabela 26), o grupo experimental apresenta valores significativamente mais elevados que o grupo de controlo, pelo que se pode concluir que o grupo experimental apresentou melhores índices de satisfação com a vida do que o grupo de controlo, $Z = -2,079$, $p = 0,038$.

Tabela 26 – Satisfação com a vida no final do programa de intervenção: GC e GE

	G. Controlo		G. Experimental		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Satisfação com a vida a)	14,47	4,68	17,93	6,02	,038*

* $p \leq 0,05$ a) significância do teste de Mann-Whitney

Como o pressuposto de normalidade não se encontrava satisfeito, teve de se substituir o teste *t-Student* amostras independentes pela sua alternativa não paramétrica, o teste de Mann-Whitney.

No que respeita aos dados relativos ao programa de intervenção verificou-se os seguintes resultados:

Tabela 27 – Como se sentiu durante as sessões

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
muito bem	8	53,3	61,5	61,5
Bem	4	26,7	30,8	92,3
mais ou menos	1	6,7	7,7	100,0
Total	13	86,7	100,0	
Omissos	2	13,3		
	15	100,0		

Na primeira pergunta verificou-se que mais de metade do grupo respondeu que se tinha sentido muito bem durante as sessões na escala de 1 a 5. Nas respostas obtidas verificou-se houve duas pessoas que não responderam a esta pergunta, suspeitando-se que terá sido por distração pois estes dois elementos responderam a todo o que restava do questionário.

Na segunda pergunta em que questionámos como a pessoa se sentiu com o grupo, formulou-se três categorias sendo que a última não indica como a pessoa se sentiu mas o que influenciou a sua permanência nas sessões. Pode-se constatar que 36,4 % responderam que sentiam uma *boa integração com o grupo*, sendo que o enfoque na resposta foi para a sua integração, e 36,% respondeu satisfação/bem-estar durante as sessões, constatando-se que aqui o interesse é para a bem-estar pessoal e não para a integração (tabela 28).

Tabela 28 – Como se sentiu com este grupo

	Freq.	%
Boa Integração com o grupo	8	36,4
Satisfação/Bem-estar pessoal	8	36,4
O grupo influenciou a presença das sessões	6	27,3
Total	22	100,0

Na terceira pergunta questionava os aspetos positivos das sessões, pode-se verificar que as seguintes categorias de respostas:

Tabela 29 – Aspetos positivos das sessões

	Freq.	%
Convívio/Integração com novas pessoas	4	12,5
Satisfação/Bem-estar	7	21,9
Maior Mobilidade	8	25,0
Relaxante	4	12,5
Sensação de Liberdade/Libertador	1	3,1
Aumento de energia	3	9,4
Melhoria do ânimo/motivação	2	6,3
Música	2	6,3
Professora	1	3,1
Total	32	100,0

De entre as respostas dadas podemos constatar que os principais aspetos positivos das sessões estavam relacionados com a melhoria da *mobilidade* (25%), com *satisfação/bem-estar* (21,9%) e com o *convívio/integração* de novas pessoas (12,5%). Salienta-se logo de seguida o quarto aspeto positivo mais referido foi ser relaxante.

Relativamente aos benefícios que o programa de intervenção teve para cada pessoa (tabela 30), constata-se que a melhoria da *mobilidade*, uma maior *satisfação/bem-estar* e maior *convívio*, foram os benefícios pessoais mais citados pelos participantes do grupo experimental.

Tabela 30 – Que benefícios teve este programa para si?

	Freq.	%
Convívio/Integração com novas pessoas	4	12,5
Satisfação/Bem-estar	7	21,9
Maior Mobilidade	8	25,0
Relaxante	4	12,5
Sensação de Liberdade/Libertador	1	3,1
Aumento de energia	3	9,4
Melhoria do ânimo/motivação	2	6,3
Música	2	6,3
Professora	1	3,1
Total	32	100,0

Na questão se as sessões contribuíram para o seu bem-estar constatou-se que 13 pessoas (ou seja, 86,7%) referiam que as sessões tinham contribuído *muito* para o seu bem-estar (tabela 31).

Tabela 31 – Acha que as sessões contribuíram para o seu bem-estar?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Muito	13	86,7	86,7	86,7
Bastante	1	6,7	6,7	93,3
Mais ou menos	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

No que respeita à questão sobre aspetos que gostariam que tivesse sido diferente (tabela 32), constatou-se 11 pessoas referiam que *não*, e 4 responderam que *sim*.

Tabela 32 – Gostava que algo tivesse sido diferente?

	Freq.	%
Não	11	73,3
Mais coreografia	1	6,7
Mais momentos de partilha	1	6,7
Mais sessões por semana	1	6,7
Coisas novas, mais variedade musical	1	6,7
Total	15	100,0

Relativamente à continuidade do programa após a alta, verificou-se que 100% das participantes referiram que *sim*, gostaria de continuar, mencionando as razões descritas na tabela 33.

Tabela 33 – Se pudesse, gostaria de continuar a frequentar estas sessões depois da alta? Porquê?

	Freq.	%
Convívio	5	23,8
Aprender coisas novas	1	4,8
Esquecer os problemas	2	9,5
Favorece a relaxação	2	9,5
Melhora o bem-estar	8	38,1
Melhora o ânimo	1	4,8
Melhora a mobilidade	1	4,8
Gosto pela atividade	1	4,8
Total	21	100,0

Pode-se constatar que o *bem-estar* e o *convívio* são as razões mais citadas pelos participantes para a continuação da atividade após a alta.

DISCUSSÃO

Ao iniciarmos a nossa discussão pela caracterização sociodemográfica dos participantes, apesar de esta não poder ser considerada como representativa da população que é acompanhada num processo de reabilitação no CMRA, pretendemos analisar alguns possíveis fatores que se associam aos resultados obtidos nas restantes medidas observadas no nosso estudo (nível funcional, auto conceito e satisfação com a vida).

Para a caracterização sociodemográfica dos participantes, utilizou-se uma serie de variáveis (anexo 7), que possibilitou um melhor conhecimento dos sujeitos selecionados. Em relação à distribuição por género (tabela 4) pode-se constatar que ambos os grupos apresentaram uma maior percentagem de participantes do género feminino, sendo que a proporção do género feminino no grupo de controlo foi ligeiramente mais elevada, mas esta diferença não é estatisticamente significativa.

No que respeita às idades, a média de idades nos dois grupos, não apresenta diferenças estatisticamente significativas, podendo ser considerados equivalentes em termos etários. O escalão etário predominante é entre os 41-50 anos (tabela 5), sendo que este escalão corresponde à meia-idade. Este aspeto pode ser particularmente importante na medida em que, segundo Vaz-Serra (1986), a meia-idade é um período de vida vulnerável que o indivíduo sente a sobrecarga da vida, em termos económicos e profissionais, podendo constatar-se por isso valores de autoconceito mais baixos.

Em relação ao estado matrimonial, constatou-se equivalência nos dois grupos em termos de estado civil (tabela 6), verificando-se que a maior proporção correspondia ao estado matrimonial casado, podendo este estar associado a um suporte familiar fundamental para a obtenção de resultados positivos no processo de reabilitação.

No que se refere às habilitações académicas (tabela 7), constata-se que há uma maioria de sujeitos com habilitações ao nível do ensino básico (cerca 60%). É importante conhecer esta variável, por forma a analisar as alterações que existem em sujeitos com diferentes níveis de instrução, no que respeita às variáveis em estudo.

O facto de alguns elementos terem praticado alguma atividade física anterior poderia influenciar os resultados do programa de intervenção, pois tem-se verificado que as pessoas que têm experiências de uma prática desportiva, têm muitas vezes mais probabilidade de gostar e participar de atividades relacionadas com o movimento, do que aquelas que não tiveram. Nos grupos em estudo verificou-se uma proporção idêntica de pessoas que já tinham realizado algum tipo de atividade física, contudo a maior parte dos participantes não praticava nenhum tipo de atividade física anteriormente ao acidente.

De acordo com a análise profissional, os dados indicam-nos uma maioria de assalariados no grupo experimental, enquanto no grupo de controlo, esta proporção desce para 33,3%. Mais de um quarto dos sujeitos do grupo de controlo, estão desempregados por razões de saúde, sendo uma percentagem elevada (26,7%). Com estes dados, é provável que haja no grupo de controlo uma menor satisfação relativa à sua condição profissional do que no grupo experimental, o que poderá influenciar o autoconceito e a satisfação com a vida.

No que respeita aos diagnósticos participantes há diferenças entre os grupos. Há um maior número de pessoas com AVC's no grupo de controlo, enquanto no grupo experimental se verificou uma maior proporção de diagnósticos diversificados. Este aspeto pode influenciar os níveis de autoconceito, bem-estar e independência funcional.

Na distribuição dos sujeitos em função do início da incapacidade motora constata-se que a maior percentagem de pessoas adquiriram uma incapacidade motora há menos de 1 ano em ambos os grupos (6 no GC e 11 no GE). Estes fatos podem sugerir que o autoconceito, perceção de bem-estar e independência funcional poderão estar alterados na medida em que ainda não houve tempo para uma adaptação da pessoa à

sua nova condição de saúde e ao seu novo estado biopsicossocial. Segundo Murta & Guimarães (2007), o fator tempo e idade influenciam a adaptação do indivíduo à incapacidade, sendo que uma pessoa que desde criança tem uma deficiência, desenvolve desde muito cedo estratégias para lidar com a incapacidade.

Analisando os resultados obtidos relativos ao autoconceito no primeiro momento de avaliação pode-se referir que os valores médios obtidos entre os grupos de controlo e experimental (GC: 69,47; GE: 68,47), não apresentam diferenças significativas, podendo-se considerar que dois grupos estão equivalentes nesta medida. Se compararmos estes valores com a pontuação média (72,14) obtida no estudo de Vaz-Serra (1986) pode-se verificar que os valores no nosso estudo são inferiores, o que nos permite pensar que os participantes deste estudo, pela sua condição de saúde revelam um autoconceito mais baixo em comparação com uma população sem deficiência motora. O facto de os sujeitos enfrentarem uma nova realidade devido às suas limitações físicas, novas barreiras e “um novo corpo”, pode afetar negativamente o autoconceito. Por outro lado, grande parte dos participantes pertence ao escalão etário entre os 41-50 (meia idade), o que coincide com o período de vida em que se registam valores médios inferiores de autoconceito (Vaz-Serra, 1986).

Observando a evolução do autoconceito, constata-se que o grupo experimental em comparação com o grupo de controlo apresenta diferenças significativas relativas aos níveis de autoconceito no fim do programa de intervenção (tabelas 19 e 20). Verifica-se inclusive uma ligeira diminuição dos valores do autoconceito no grupo de controlo apesar de esta diminuição não ser estatisticamente significativa. Por outro lado, esta diminuição também pode indicar que o processo de reabilitação neste grupo não permitiu que estes indivíduos, apesar dos ganhos ao nível funcional, alterassem a sua autoperceção em função da sua nova condição de saúde.

Os sujeitos com deficiência motora, incluídos no estudo, tiveram de enfrentar novos problemas nas suas vidas, novos papéis, parecendo assim que o impacto do programa promoveu um espaço adicional no decurso do processo de reabilitação que adicionalmente solicitou a expressão verbal e não-verbal de sentimentos. Ao permitir mais uma forma lúdica de interação social, que adicionalmente favoreceu a mobilidade, contribuiu para o desenvolvimento de um melhor auto conceito que, eventualmente, nos pode ilustrar uma das dimensões da adaptação biopsicossocial do indivíduo.

Segundo Gonçalves et al. (2011) os programas de dançaterapia na pessoa com deficiência motora em reabilitação, ao permitirem a exteriorização de sentimentos e emoções, promovem o autoconceito e o bem-estar. De acordo com Bräuninger (2012) o movimento e a dança permitem que o corpo se expresse de uma forma criativa em combinação com a expressão verbal, tornando o movimento a verbalização do processo emocional mais acessível. Deste modo, o grupo experimental que usufruiu do programa de intervenção psicomotora aplicando metodologias ligadas à dançaterapia e movimento expressivo, teve uma evolução mais positiva ao nível do autoconceito comparativamente ao grupo de controlo, que revelou uma diminuição.

Os domínios com maior expressão ao nível do autoconceito no grupo experimental foram os domínios da *autoeficácia*, *aceitação/rejeição social* e *maturidade psicológica*. Assim, podemos afirmar que, no domínio da *autoeficácia*, relacionado com a forma como enfrentamos e resolvemos os problemas, o grupo experimental sentiu maior capacidade de encarar as suas dificuldades e descobrir formas de as resolver, o que revela uma melhor adaptação à sua situação de deficiência. No domínio da *aceitação/rejeição social*, que pode indicar tanto uma aceitação como rejeição social, de acordo com os resultados, os elementos do grupo experimental evidenciaram melhor aceitação, tanto consigo próprios como com os outros. No domínio da *maturidade psicológica*, apesar de estatisticamente ter sido obtido um valor de significância mais baixo em comparação com os domínios da *autoeficácia* e *aceitação/rejeição social*, está relacionado com o grau de maturação do indivíduo a nível emocional e psicológico, os resultados indicam que o grupo experimental após o programa de intervenção revelou melhorias no índices de maturidade psicológica, podendo-se referir que este grupo revelou uma maior capacidade de assumir e enfrentar as condições difíceis de vida que está a passar, sendo mais tolerante com a frustração, bem como com os outros.

Ao nível dos resultados obtidos relacionados com a funcionalidade, avaliado por meio do instrumento WHODAS (Garin, et al., 2010; Moreira, 2011), pode-se constatar que no primeiro momento de avaliação, não há diferenças significativas nos valores de limitação à atividade em ambos os grupos. No segundo momento de avaliação, verifica-se que a média de pontuação dos grupos diminuiu significativamente, o que mostra que ambos melhoraram a sua independência funcional, tal como se previa. No grupo experimental registam-se valores inferiores no fim do programa de intervenção em relação ao grupo de controlo, embora esta diferença não seja estatisticamente significativa. Este resultado indica uma melhor independência funcional percebida em

ambos os grupos. Assinale-se que o fato de o grupo experimental, apresentar valores iniciais de maior independência funcional do que no grupo de controlo, poderia indicar que os seus elementos, serem indivíduos com melhor prognóstico de reabilitação do que no grupo de controlo.

O facto de o grupo experimental ter usufruído de um programa de intervenção psicomotora utilizando metodologias ligadas à dançaterapia e movimento expressivo, proporcionou melhorias ao nível da mobilidade e por sua vez na funcionalidade dos participantes. Os resultados por nós obtidos estão em concordância com alguns estudos que evidenciam os efeitos positivos de programas ligados à dançaterapia e movimento expressivo a nível funcional e físico em pessoas com patologias neurológicas (Bojner-Horwitz, 2004; Salgado & Vasconcelos, 2010; Blázquez, Guillamó, & Javierre, 2010; Berrol, et al., 1997). Porém, assinale-se que os participantes, bem como as variáveis em estudo, não foram exatamente idênticas aos estudos por nós encontrados.

Se analisarmos a apreciação qualitativa mediante as respostas obtidas no final do programa, no que respeita aos benefícios individuais do programa, constata-se que um dos aspetos mais referidos foi a melhoria da mobilidade, o que corrobora um dos resultados deste programa de intervenção psicomotora obtido ao nível da independência funcional (WHODAS). Porém, inicialmente não estava previsto neste estudo utilizar somente o instrumento WHODAS para avaliação da independência funcional mas sim a MIF (Medida de Independência Funcional) adaptada e validada por Lains (1991), por ser a escala utilizada nas unidades de internamento no CMRA seguindo um modelo de avaliação multidisciplinar ao nível da funcionalidade. Contudo, constatou-se que em alguns serviços, a equipa pluridisciplinar não preenchia este instrumento, pelo que não foi possível obter a avaliação desta escala. Sendo assim, optou-se por o instrumento WHODAS mediante uma auto-avaliação do participante.

Analisando os resultados dos níveis de satisfação com a vida através do instrumento SWLS (Fonseca *in* Dias et al., 2008; Neto, 1993), nota-se que o grupo de controlo quando comparado com o grupo experimental apresenta níveis inferiores de satisfação com vida, embora esta diferença não seja estatisticamente significativa. Observando-se a sua evolução, regista-se que o grupo experimental apresentou valores significativamente mais elevados que o grupo de controlo, pelo que se pode concluir que as pessoas com deficiência motora que terminaram o programa de intervenção, exibiram melhores índices de satisfação com a vida.

Está descrito em estudos relacionados com a avaliação de programas de dançaterapia e movimento expressivo, o impacto ao nível de fatores como o humor, a interação social e a satisfação com a vida, na pessoa com patologia neurológica (Berrol, et al., 1997). Desta forma, podemos considerar que o programa deste estudo possibilitou aos elementos do grupo experimental, uma melhor percepção subjetiva de bem-estar, medida pela percepção de satisfação com a vida, tal como o referenciado em outros estudos relacionados com dança ou movimento expressivo em indivíduos com alterações motoras ou neurológicas (Hackney, Hall, Echt, & Wolf, 2012; Hackney, Kantorovich, Levin, & Earhart, 2007; Kiepe, Stöckigt, & Keil, 2012).

A avaliação qualitativa por parte dos participantes do programa de intervenção foi importante uma vez que permitiu complementar a informação que se obteve com os resultados medidos mediante as escalas utilizadas.

Na primeira pergunta, quase a totalidade do grupo respondeu que se tinha sentido entre *bem a muito bem* nas sessões. Houve um caso que respondeu “mais ou menos”, referindo igualmente *mais ou menos* na pergunta se as sessões contribuíram para o seu bem-estar, tendo este participante tido uma menor assiduidade nas sessões. Conhecendo em pormenor o caso, esta pessoa faltava muitas vezes aos tratamentos que estavam preconizados no seu plano de reabilitação, manifestando frequentemente um desejo de estar sozinha, existindo evidências de uma depressão. Este acontecimento permite-nos concluir que neste caso, o programa de intervenção não contribuiu para no processo de reabilitação. Este facto pode ajudar-nos ainda a refletir que em alguns casos, há necessidade de existir um tratamento mais individualizado, no sentido a dar uma resposta personalizada às necessidades do indivíduo. Por outro lado, a fase de reabilitação e de ajustamento à doença em que a pessoa se encontra, também pode influenciar o sucesso do programa. O facto de uma pessoa estar ainda no início do processo de aceitação das suas limitações influencia o impacto das terapias propostas para a reabilitação.

No que respeita à segunda questão, em todas as respostas constatou-se que para além da satisfação geral ou boa integração com o grupo, algumas pessoas referiram que o grupo influenciou a sua permanência no mesmo, o que indica que o grupo é um aspeto importante para a continuidade no programa.

Relativamente aos aspetos positivos das sessões e os benefícios obtidos, as respostas são similares, sendo que a maior *mobilidade*, sensação de *satisfação* e *bem-estar*, e o *convívio*, foram os benefícios mais apontados pelos participantes. Os

comentários dos participantes, relacionados com a *relaxação* e com um *aumento de energia*, corroboram com estudos efetuados com este tipo de programas, que assinalaram a melhoria da percepção subjetiva do bem-estar, o aumento das interações sociais, e a promoção da mobilidade em pessoas com patologias neurológicas (Berrol, et al., 1997; Rogers, 1999; Bojner-Horwitz, Theorell, & Maria Anderberg, 2003; Bojner-Horwitz, 2004; Bojner-Horwitz, Kowalski, Theorell, & Anderberg, 2006; Blázquez, et al., 2010).

Na questão sobre se as sessões contribuíram para o bem-estar individual, quase todos responderam entre *muito* a *bastante*, existindo apenas um participante que respondeu mais ou menos. Isto permite-nos concluir que este programa de intervenção contribuiu para a melhoria da percepção subjetiva do bem-estar na maioria dos participantes, conforme estava delineado nos objetivos do programa.

Na referências aos aspetos que poderiam ter sido diferentes, a maioria dos elementos (cerca de 11) do programa referiu que não havia nada que gostaria que fosse diferente, contudo 4 referiram que *sim*, citando aspetos da organização das sessões, que se concretizassem mais tempo de coreografia, mais momentos de partilha, mais sessões por semana, e mais variedade de propostas nas sessões. Estes relatos ajudam-nos a melhorar o programa e para no futuro ter em consideração a necessidade de personalizar as atividades desenvolvidas nas sessões, no sentido a responder às necessidades individuais de cada pessoa e do grupo.

Na questão relativa à continuidade das sessões após a alta, todos os elementos referiram que *sim*, mesmo o caso que considerou que as sessões tinham contribuído razoavelmente para o seu bem-estar. Entre as razões apontadas, as mais citadas são por melhorar o *bem-estar* e pelo *convívio*. Novamente os fatores geradores de *bem-estar* e *convívio* são citados no programa, podendo-se concluir que estes fatores são muito importantes para as pessoas com deficiência motora em reabilitação.

CONCLUSÃO

Em conclusão, pode-se referir que o grupo experimental após frequentar o programa de intervenção psicomotora, aplicando metodologias ligadas à dançaterapia e movimento expressivo, apresentou melhorias a nível dos fatores pessoais. Estes resultados estão em concordância com os objetivos iniciais deste estudo, que referiam que a aplicação de um programa de movimento expressivo inserido num plano de reabilitação pluridisciplinar, favoreceria mudanças significativas ao nível do

autoconceito, percepção subjetiva do bem-estar e funcionalidade, no grupo experimental em comparação com o grupo de controlo, de pessoas com deficiência motora.

Para além da melhoria dos fatores pessoais, os objetivos gerais do programa de intervenção foram atingidos, registando-se evidências quantitativas (através das escalas adotadas) e qualitativas (questionário de avaliação do programa) das melhorias ao nível do bem-estar, satisfação com a vida e funcionalidade nos sujeitos do grupo experimental. De acordo com a avaliação qualitativa das sessões pode-se concluir que os benefícios sentidos pelo grupo experimental concentraram-se essencialmente ao nível da melhoria da mobilidade, da satisfação e bem-estar, e do convívio, sendo estes aspetos relevantes e a ter em conta na implementação deste tipo de programas.

Contudo, há que ter em consideração as situações particulares que possam não se adaptar a este tipo de programas de grupo, requerendo uma abordagem mais personalizada nas terapias propostas num processo de reabilitação.

Assim sendo, o programa de intervenção psicomotora aplicando metodologias ligadas à dançaterapia e movimento expressivo permitiu aos sujeitos com deficiência motora, que nele participaram, uma experimentação e expressão, bem como um maior conhecimento de si próprio, e das suas limitações, ajudando-os no seu processo de adaptação à sua nova condição de saúde. Este programa permitiu em particular verificar mudanças psicológicas, melhorando o autoconceito, a satisfação com a vida, a percepção subjetiva de bem-estar, bem como melhorias na percepção da independência funcional.

RECOMENDAÇÕES

Seria desejável que no futuro se realizassem mais estudos desta natureza, por forma a confirmar o impacto deste tipo de programas nestas populações com deficiência. Não foi possível neste estudo incluir maior número de participantes, sendo ideal realizar estudos com uma amostra superior por forma a confirmar os resultados obtidos.

Também seria vantajoso um maior número de participantes, a utilização de instrumentos que impliquem além de uma avaliação do próprio, medidas de avaliação funcionais adotadas nos processos de reabilitação em geral.

Por outro lado, este estudo sugere a importância de prever a implementação de programas diversificados, entre os quais programas que utilizem a dança e movimento expressivo inseridos no programa de reabilitação, no sentido de dar uma resposta mais abrangente às pessoas com deficiência e em reabilitação, contudo a sua sustentabilidade e visibilidade nos contextos da saúde, que atravessam um período de restrições, nem sempre é fácil de alcançar. Assim sendo, pensamos que programas ligados ao movimento e as experiências vividas pelo corpo, para favorecer uma maior funcionalidade e participação (Berrol, 2006), ajudando o indivíduo na adaptação à sua condição de saúde, são uma resposta que poderá contribuir para uma reabilitação mais humanizada, e mais centrada nas necessidades e desejos dos indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADTA. (2009). *About Dance/Movement Therapy*. Retirado a 30 de Janeiro, 2013, from <http://www.adta.org/Default.aspx?pagelId=378213>.
- Akandere, M., & Demir, B. (2011). The effect of dance over depression. *Coll Antropol*, 35(3), 651-656.
- APP. (2012). *Psicomotricidade*. Retirado a 6 de Dezembro, 2012, from <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>.
- Berrol, C. F. (1992). The neurophysiologic basis of the mind-body connection in dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 14(1), 19-29. doi: 10.1007/bf00844132.
- Berrol, C. F. (2006). Neuroscience meets dance/movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic process and empathy. *The Arts in Psychotherapy*, 33(4), 302-315. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2006.04.001>.
- Berrol, C. F., & Katz, S. S. (1985). Dance/movement therapy in the rehabilitation of individuals surviving severe head injuries. *American Journal of Dance Therapy*, 8(1), 46-66. doi: 10.1007/bf02251441.
- Berrol, C. F., Ooi, W., & Katz, S. S. (1997). Dance/Movement Therapy with Older Adults Who Have Sustained Neurological Insult: A Demonstration Project. *American Journal of Dance Therapy*, 19(2), 135-160. doi: 10.1023/a:1022316102961.

- Blanco, M. G., Olmo, J. G., Arbonès, M. M., & Bosch, P. M. (2004). Analysis of Self-Concept in Older Adults in Different Contexts: Validation of the Subjective Aging Perception Scale (SAPS). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 262-274. doi: 10.1027/1015-5759.20.4.262.
- Blazquez, A., Guillamo, E., & Javierre, C. (2010). Preliminary experience with dance movement therapy in patients with chronic fatigue syndrome. *Arts in Psychotherapy*, 37(4), 285-292. doi: 10.1016/j.aip.2010.05.003.
- Bojner-Horwitz, E. (2004). *Dance/Movement Therapy in Fibromyalgia Patients - Aspect and Consequences of Verbal, Visual and Hormonal Analyses*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina com vista à obtenção do grau de Doutor em Filosofia, Faculdade de Medicina da Universidade de Uppsala, Uppsala.
- Bojner-Horwitz, E., Kowalski, J., Theorell, T., & Anderberg, U. M. (2006). Dance/movement therapy in fibromyalgia patients: Changes in self-figure drawings and their relation to verbal self-rating scales. *The Arts in Psychotherapy*, 33(1), 11-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2005.05.004>.
- Bojner-Horwitz, E., Theorell, T., & Maria Anderberg, U. (2003). Dance/movement therapy and changes in stress-related hormones: a study of fibromyalgia patients with video-interpretation. *The Arts in Psychotherapy*, 30(5), 255-264. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2003.07.001>.
- Bräuninger, I. (2012). The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: A randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 39(4), 296-303. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2012.03.008>.
- Clarke, P. (2003). Towards a greater understanding of the experience of stroke: integrating quantitative and qualitative methods. *Journal of Aging Studies*, Vol. 17, pp.171-187.
- Demo, D. H. (1992). The Self-Concept Over Time: Research Issues and Directions. *Annual review of sociology*, 18(1), 303-326. doi: 10.1146/annurev.so.18.080192.
- Dias, C., Corte-Real, N., Corredeira, R., Barreiros, A., Bastos, T., & Fonseca, A. M. (2008). A prática desportiva dos estudantes universitários e suas relações com

- as autopercepções físicas, bem-estar subjectivo e felicidade. *Estudos de Psicologia*, 13(3), 223-232.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Russel Sage Foundation.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2009). Personality and Subjective Well-Being. In E. Diener (Ed.), *The Science of Well-Being* (Vol. 37, pp. 75-102): Springer Netherlands.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276-302.
- Duncan, R. P., & Earhart, G. M. (2012). Randomized controlled trial of community-based dancing to modify disease progression in Parkinson disease. *Neurorehabil Neural Repair*, 26(2), 132-143. doi: 1545968311421614 [pii]10.1177/1545968311421614.
- Ellis-Hill, C. S., & Horn, S. (2000). Change in identity and self-concept: a new theoretical approach to recovery following a stroke. *Clinical Rehabilitation*, 14(3), 279-287. doi: 10.1191/026921500671231410.
- Emck, C., & Bosscher, R. J. (2010). PsyMot: an instrument for psychomotor diagnosis and indications for psychomotor therapy in child psychiatry. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5(3), 244-256. doi: 10.1080/17432971003760919
- Fragoso, Y. D., Silva, E. O., & Finkelsztejn, A. (2009). Correlation between fatigue and self-esteem in patients with multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr*, 67(3B), 818-821.
- Garin, O., Ayuso-Mateos, J., Almansa, J., Nieto, M., Chatterji, S., Vilagut, G., . . . consortium, t. M. (2010). Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 51. doi:10.1186/1477-7525-8-51.
- Gonçalves, J. S., Leão Junior, C. M., & Goobo, M. (2011). *Dança – Uma Revisão Bibliográfica: Fatores de Contribuição no Desenvolvimento de Pessoas com Deficiência no Ambiente Escolar*. Paper presented at the X Congresso Nacional

de Educação – EDUCERE, Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba. Retirado de: http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/5980_3731.pdf.

Goodill, S. W. (2005). *An introduction to medical dance/movement therapy: Health care in motion*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Estoril: Príncipe Editora, Lda.

Guzman, A. B., Tan, E. L. C., Tan, E. F. S., Tan, J. R. L., Tan, M. C., Tanciano, D. M. M., & Lee Say, M. L. T. (2012). Self-Concept, Disposition, and Resilience of Poststroke Filipino Elderly with Residual Paralysis. *Educational Gerontology*, 38(6), 429-442. doi: 10.1080/03601277.2011.559861.

Hackney, M. E., Hall, C. D., Echt, K. V., & Wolf, S. L. (2012). Application of adapted tango as therapeutic intervention for patients with chronic stroke. *J Geriatr Phys Ther*, 35(4), 206-217. doi: 10.1519/JPT.0b013e31823ae6ea.

Hackney, M. E., Kantorovich, S., Levin, R., & Earhart, G. M. (2007). Effects of tango on functional mobility in Parkinson's disease: a preliminary study. *J Neurol Phys Ther*, 31(4), 173-179. doi: 10.1097/NPT.0b013e31815ce78b.

Halprin, D. (1999). Living Artfully - Movement as an Integrative Process. In S. K. Levine & E. G. Levine (Eds.), *Foundations of Expressive Arts Therapy - Theoretical and Clinical Perspectives* (pp. 133- 149). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Hart, S., Fonareva, I., Merluzzi, N., & Mohr, D. (2005). Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Quality of Life Research*, 14(3), 695-703. doi: 10.1007/s11136-004-1364-z.

Hokkanen, L., Rantala, L., Remes, A. M., Harkonen, B., Viramo, P., & Winblad, I. (2008). Dance and movement therapeutic methods in management of dementia: a randomized, controlled study. *J Am Geriatr Soc*, 56(4), 771-772. doi: JGS1611 [pii]10.1111/j.1532-5415.2008.01611.x.

Hopman, W., & Verner, J. (2003). Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke*, Vol. 34(3), 801-805.

- Keleher, C. A., Dixon, D. R., Holliman, D., & Vodde, R. (2003). Spinal Cord Injury. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 2(1), 57-77. doi: 10.1300/J198v02n01_04.
- Kiepe, M.-S., Stöckigt, B., & Keil, T. (2012). Effects of dance therapy and ballroom dances on physical and mental illnesses: A systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 404-411. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2012.06.001>.
- Kuhn, M. (2010). Dance therapeutic workshop for elderly people living in a home. *Bull Soc Sci Med Grand Duche Luxemb, Spec No* 1(1), 219-227.
- Lains, J. (1991). *Guia para uso do Sistema Uniformizado de dados para Reabilitação Médica*. Coimbra: SMFR/HUC.
- Langhorst, J., Hauser, W., Bernardy, K., Lucius, H., Settan, M., Winkelmann, A., & Musial, F. (2012). Complementary and alternative therapies for fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline. *Schmerz*, 26(3), 311-317. doi: 10.1007/s00482-012-1178-9.
- Leseho, J., & Maxwell, L. R. (2010). Coming alive: creative movement as a personal coping strategy on the path to healing and growth. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38(1), 17-30. doi: 10.1080/03069880903411301.
- Lucas, R. E., & Diener, E. (2009). Personality and Subjective Well-Being. In E. Diener (Ed.), *The Science of Well-Being* (Vol. 37, pp. 75-102): Springer Netherlands.
- Magalhães, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabo.
- Ministério da Saúde. (2005). *O que é a reabilitação?* Retirado a 20 de Janeiro, 2012, from <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/reabilitacao/reabilitacao.htm>.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pêro-Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- McCabe, M. P., McDonald, E., Deeks, A. A., Vowels, L. M., & Cobain, M. J. (1996). The impact of multiple sclerosis on sexuality and relationships. *Journal of Sex Research*, 33(3), 241-248. doi: 10.1080/00224499609551840

- McKinley, P., Jacobson, A., Leroux, A., Bednarczyk, V., Rossignol, M., & Fung, J. (2008). Effect of a community-based Argentine tango dance program on functional balance and confidence in older adults. *J Aging Phys Act*, 16(4), 435-453. Retirado em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19033604>.
- McNulty, K., Livneh, H., & Wilson, L. M. (2004). Perceived Uncertainty, Spiritual Well-Being, and Psychosocial Adaptation in Individuals With Multiple Sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 49(2), 91.
- Meekums, B. (2010). Moving towards evidence for dance movement therapy: Robin Hood in dialogue with the King. *Arts in Psychotherapy*, 37(1), 35-41. doi: 10.1016/j.aip.2009.10.001.
- Moreira, A. C. G. (2011). *Contributo para a Validação da Versão 12 Itens do WHODAS 2.0*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro com vista à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Murta, S. G., & Guimarães, S. S. (2007). Enfrentamento à lesão medular traumática. *Estudos de Psicologia*, 12(1), 57-63.
- Neto, F. (1993). Satisfaction With Life Scale: Psychometric properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 125-134.
- NSCIA.(2011). *Introduction To Spinal Cord Injury*. Retirado a 24 de Janeiro, 2013, from <http://www.spinalcord.org/resource-center/askus/index.php?pg=kb.book&id=56>.
- OMS. (2004). *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Payne, H. (2006). *Dance movement therapy. Theory, research and practice* (ed.). London: Routledge.
- Post, M. W. M., Kirchberger, I., Scheuringer, M., Wollaars, M. M., & Geyh, S. (2010). Outcome parameters in spinal cord injury research: a systematic review using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a reference. *Spinal Cord*, 48(7), 522-528.

- Ribeiro, S. M. S. (2010). *Adaptação e Validação do WHODAS 2.0 para a População Portuguesa*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro com vista à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Rogers, N. (1999). The creative connection - A Holistic Expressive Arts Process. In S. K. Levine & E. G. Levine (Eds.), *Foundations of Expressive Arts Therapy - Theoretical and Clinical Perspectives*. (pp.113-131): Jessica Kingsley Publishers.
- Salgado, R., & Vasconcelos, L. P. (2010). The Use of Dance in the Rehabilitation of a Patient with Multiple Sclerosis. *American Journal of Dance Therapy*, 32(1), 53-63. doi: 10.1007/s10465-010-9087-x.
- SCML. (2012). *Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão*. Retirado a 17 de Fevereiro, 2013, from http://www.scml.pt/areas_de_intervencao/saude/centro_de_medicina_de_reabilitacao_de_alcoitao/.
- Shin, J. C., Goo, H. R., Yu, S. J., Kim, D. H., & Yoon, S. Y. (2012). Depression and Quality of Life in Patients within the First 6 Months after the Spinal Cord Injury. *Ann Rehabil Med*, 36(1), 119-125.
- SIGAH. (2013). Sistema de Informação de Gestão e Administração Hospitalar, Versão 2.4.0, 1990-1997. Alcoitão.
- Stegmann, M. E., Ormel, J., de Graaf, R., Haro, J.-M., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., . . . Burger, H. (2010). Functional disability as an explanation of the associations between chronic physical conditions and 12-month major depressive episode. *Journal of Affective Disorders*, 124(1–2), 38-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.026>
- Strassel, J. K., Cherkin, D. C., Steuten, L., Sherman, K. J., & Vrijhoef, H. J. (2011). A systematic review of the evidence for the effectiveness of dance therapy. *Altern Ther Health Med*, 17(3), 50-59.
- UEMS. (2009). *Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, Académie Européenne de Médecine de Réadaptation, European Board of Physical and Rehabilitation Medicine.

- Ustun, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., Rehm, J., & Organization, W. H. (2010). *Measuring health and disability- Manual for WHO Disability Assessment Schedule - WHODAS 2.0*. Geneva: World Health Organization.
- Vaz-Serra, A. (1986). O Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.
- Whiteneck, G., Meade, M. A., Dijkers, M., Tate, D. G., Bushnik, T., & Forchheimer, M. B. (2004). Environmental factors and their role in participation and life satisfaction after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(11), 1793-1803. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2004.04.024>.

ANEXOS

Anexo 1 – WHODAS

Participante:

Data:

Versão portuguesa de 12 itens do WHODAS 2.0.

As questões seguintes são acerca das dificuldades que sentiu devido à sua condição de saúde.

Condições de saúde incluem doenças, problemas de saúde de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais, ou problemas relacionados com álcool ou drogas.

As suas respostas só devem reflectir os últimos 30 dias e responda às questões pensando em quanta dificuldade teve em realizar as seguintes actividades.

Nos últimos dias, quanta dificuldade teve em:	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa/ Não faz
S1 – Ficar de pé por longos períodos como 30 minutos	1	2	3	4	5
S2 – Tratar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
S3 – Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar?	1	2	3	4	5
S4 – Quanta dificuldade que teve em participar em actividades na comunidade (como, por exemplo, festivais, religiosas ou outras) da mesma forma que qualquer outras pessoa?	1	2	3	4	5
S5 – Quanto se sentiu emocionalmente afetado pela sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
S6 - Concentrar –se a fazer algo durante dez minutos?	1	2	3	4	5
S7 – Andar uma distância longa como um quilómetro (ou o equivalente)?	1	2	3	4	5
S8 – Lavar todo o corpo?	1	2	3	4	5
S9 – Vestir-se?	1	2	3	4	5
S10 – Lidar com pessoas que não conhece?	1	2	3	4	5
S11 – Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
S12 – No seu trabalho/escola do dia-a-dia?	1	2	3	4	5

*Codificação: Nada | Ligeiramente | Moderadamente | Gravemente | Completamente

Participante:

Anexo 2 – ICAC

Data:

Inventário Clínico de Autoconceito (Vaz Serra, 1985)

Instruções: Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual, e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (x) no quadro que pensa que se lhe aplique de forma mais característica.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1 – Sei que sou uma pessoa simpática					
2- Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões					
3 – Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades					
4 – No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador					
5 – Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer					
6 – Considero-me tolerante para com as outras pessoas					
7 – Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis					
8 – De um modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas					
9 – Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros					
10 – Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática					
11- Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades					
12 – Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo					
13 – Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade					
14 – Considero-me competente naquilo que faço					
15 – Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece					
16 – A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar					
17 – Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros					
18 – Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros					
19 – Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço					
20 – Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades					

Anexo 3 – SWLS

Participante:

Data:

SWLS – *Satisfaction With Life Scale*

Mais abaixo, encontrará cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Empregue a escala de 1 a 5, à direita de cada frase. Marque uma cruz (X) dentro do quadrado que melhor indica a sua resposta, tendo em conta as seguintes opções:

(1) DM = Discordo Muito

(2) DP = Discordo Um Pouco

(3) NCND = Nem Concordo Nem discordo

(4) CP = Concordo Um Pouco

(5) CM = Concordo Muito

	DM (1)	DP (2)	NCND (3)	CP (4)	CM (5)
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As minhas condições de vida são muito boas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estou satisfeito com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 4 – Consentimento Informado

Informação prévia

Estudo: Reabilitação Psicomotora e Movimento Expressivo – Efeitos de um Programa de Intervenção Psicomotora.

Investigadora: Enfermeira Ana Falcão Sales – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestranda em Reabilitação Psicomotora, a exercer funções no Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento e Professora da actividade lúdico-terapêutica denominada “Terapia pela Dança”, do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Objectivo: Este estudo tem como objetivo implementar um programa de reabilitação psicomotora, aplicando metodologias ligadas à dançaterapia e movimento expressivo, e avaliar os seus efeitos ao nível da independência funcional, autoconceito e bem-estar, esperando assim contribuir com evidência empíricas que apontem recomendações para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos utentes que se encontram em processo de reabilitação no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Método: O método de recolha de dados prevê o preenchimento de dois questionários: Inventário Clínico de Autoconceito; e a Escala de Satisfação com a Vida (que avalia o bem-estar) e os dados relativos à funcionalidade em dois momentos antes e após a participação nas sessões do programa que será implementado.

Confidencialidade: Todos os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial. Os resultados serão apresentados após a conclusão do estudo, no entanto nenhum participante será identificado. Os resultados serão ainda postos à disposição dos participantes interessados nos mesmos.

Participação: A escolha em participar ou não participar no estudo é livre e voluntária, tendo o direito de recusar a todo o momento a participação no estudo sem que isso tenha qualquer prejuízo na prestação dos cuidados de saúde.

Declaração de Consentimento Livre e Informado para Investigação Científica

- ✓ Reconheço que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa me foram explicados e que todas as minhas questões foram esclarecidas satisfatoriamente.
- ✓ Compreendo igualmente as vantagens que existem na participação deste estudo.
- ✓ Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados.
- ✓ Asseguram-me a confidencialidade dos dados e que nenhuma informação será publicada ou comunicada sem a minha permissão.
- ✓ Compreendo que sou livre a qualquer momento de desistir do estudo, se assim o entender e que a minha não participação no estudo não afectará os cuidados de saúde a que tenho direito.

Pelo presente documento informo que

Aceito participar no estudo

☐

Não aceito participar no estudo

☐

Assinale com um **X**, a sua decisão.

Assinatura do participante: _____

Testemunha: _____

Investigadora: _____

Data: ____/____/____

Para qualquer questão, contactar a investigadora: 965662870 ou ana.isabel.falcao@gmail.com

Anexo 5 – Avaliação Qualitativa das Sessões

Participante:

Data:

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE TERAPIA PELA DANÇA

- 1) Numa escala de 1 a 5, como se sentiu durante as sessões:

Muito Bem	Bem	Mais ou menos	Mal	Muito Mal
1	2	3	4	5

- 2) Como é que se sentiu com este grupo?

- 3) Aspectos positivos das sessões:

- 4) Na minha opinião, que benefícios teve este programa para si? Acha que estas sessões contribuíram para o seu bem-estar? (escala de 1 – muito bem a 5 – muito mal)

- 5) Gostava que algo tivesse sido diferente?

- 6) Se pudesse, gostaria de continuar a frequentar estas sessões depois da alta? Porquê?

- 7) Gostaria de dizer algo mais?

Anexo 6 – Resumo das Características do Estudo

Informação

Estudo: Reabilitação Psicomotora e Movimento Expressivo – Efeitos de um Programa de Intervenção Psicomotora.

Investigadora: Enfermeira Ana Falcão Sales – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestranda em Reabilitação Psicomotora, a exercer funções no Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento e Professora da actividade lúdico-terapêutica denominada “Terapia pela Dança”, do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Objectivo: Este estudo tem como objetivo implementar um programa de reabilitação psicomotora, aplicando técnicas expressivas ligadas ao movimento e dança, e avaliar os seus efeitos a nível da independência funcional, autoconceito e bem-estar, esperando assim contribuir com evidência empírica que apontem recomendações para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos utentes que se encontram em processo de reabilitação no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Método: O método de recolha de dados prevê o preenchimento de dois questionários: Inventário Clínico de Autoconceito; e a Escala de Satisfação com a Vida (que avalia o bem-estar) e os dados relativos à funcionalidade, em dois momentos antes e após a participação nas sessões do programa que será implementado.

Confidencialidade: Todos os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial. Os resultados serão apresentados após a conclusão do estudo, no entanto nenhum participante será identificado. Os resultados serão ainda postos à disposição dos participantes interessados nos mesmos.

Participação: A escolha em participar ou não participar no estudo é livre e voluntária, tendo o direito de recusar a todo o momento a participação no estudo sem que isso tenha qualquer prejuízo na prestação dos cuidados de saúde. A amostra de utentes escolhidos será dividida em dois grupos, grupo experimental (grupo que participa nas sessões de Dança) e grupo de controlo (grupo que não participa nas sessões). Os utentes que decidirem participar nas sessões de Terapia pela Dança, será importante a sua assiduidade durante o todo o programa, que durará aproximadamente 1 mês e meio (ao todo 12 a 14 sessões). Pelo que todas as 2ª e 4ª entre as 17H e as 18H estarão nestas sessões.

Crítérios de Exclusão: Serão excluídos para o estudo (apenas para o estudo e não para a frequência dos utentes nas sessões) os utentes: que apresentem um quadro neuromotor severo (tetraplegias ou tetraparésias); e que apresentem alterações a nível cognitivo que não lhe permitam adquirirem aprendizagens (como os utentes afásicos).

Obrigada pela colaboração!

Anexo 7 – Caracterização dos Participantes

Participante	Diagnóstico	Idade	Data de internamento (início e alta)	Data de início e fim do programa	Início de Incapacidade	Profissão	Habilitações	Estado Cível	Atividade Física Anterior